

ISSN 1308 - 531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği



Dergisi

Cilt **25** | Sayı **3** | Eylül **2021**
Volume | Number | September



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır
www.turkailehekderg.org



e-ISSN 1308 - 531X

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Turkish Journal of Family Practice

Sahibi / Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği
(TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği, Adana, Türkiye
esra.saatci@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4881-5906

Editörler / Editors

Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye
uaydogan06@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Doç. Dr. Umut Gök Balcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye
dr_ugb@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5048-204x

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye
m.kursatsahin@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-3490-6009

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
zeynepvural@mynet.com
ORCID: 0000-0001-6131-7085

Dizgi-Grafik / Graphics

Arzu Deniz ÖLMEZ - Ayfer ERYEŞİL

Yayın Koordinatörü / Publication Coordinator

Hira Gizem FİDAN

Yayın Sekreteri / Publication Secretary

Hilal KARAKAYA

Yayın Türü: Yaygın Süreli

Yayınevi / Publisher

LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.
Yıldız Posta Cad. Sinan Apt. No. 36 D. 63/64
34349 Gayrettepe-İstanbul

Tel : (0212) 288 05 41
Faks : (0212) 211 61 85
E-mail : logos@logos.com.tr
web : www.logosyayincilik.com

Yıl / Year 2021

Cilt / Volume 25

Sayı / Issue 3

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus,
EBSCOHost, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by Turkey Citation Index
Index Copernicus, EBSCOHost, TUBITAK TR index.

©Her hakkı saklıdır. Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır. Dergi Basım Meslek İhkeleri'ne uymaktadır.

©All rights are reserved. Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to TAHUD. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden. The journal complies with the Professional Principles of the Press.



**Teknik Yönetim Kurulu /
Technical Management Board**

Uzm. Dr. Birgül Coşkun,
Karayolları 1. Bölge Müdürlüğü
Kurum Hekimliği, İstanbul, Türkiye
birgulhan@yahoo.com

Uzm. Dr. Işık Gönenç,
Haydarpaşa Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği,
İstanbul, Türkiye
gonenc68@yahoo.com

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer,
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Edirne, Türkiye
ondersezer@trakya.edu.tr

Doç. Dr. Erdinç Yavuz,
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Samsun Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,
Samsun, Türkiye
erdincyavuz@gmail.com

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
0000-0001-9336-6009

Dil Editörü / Language Editor

Ümit Özkan

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

Yönetim Yeri / Administrative Office

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.
No:44/3, Çankaya - ANKARA

Yazışma Adresi / Business Correspondence

e-posta: tahud@tahud.org.tr

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Nezh Dağdeviren
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /
Eskişehir

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /
Ontario, Canada

Prof. Dr. Michael Kidd
Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer
Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent,
Belgium

Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Richard G. Roberts
School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,
WI, USA

Prof. Dr. Moira Steward
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /
Ontario, Canada

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman
College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates

Prof. Dr. Chris van Weel
Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, süreli tıp eğitime katkıda bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir. Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasına ilişkin el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alınacak onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmaya ilişkin olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkar konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılabilecek "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir.

Dergimiz bilimsel yayın etiğinin kötüye kullanımı ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org

YAZI ÇEŞİTLERİ

Özgün Araştırmalar: Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

Giriş bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

Gereç ve Yöntem bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örneklemi, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve öçleklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemli

vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrardan kaçınılmalıdır.

Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

Kısa Araştırma Raporları: Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallar geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'yi geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

Olgu Sunumu: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunlu değildir; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler; başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlanmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayımlanır.

Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?: Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerektiğinde resim (hasta ya da kişi resimleri) sahibinden izin alınarak eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Ulusal ve Uluslararası Raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiri ve rehberlerin çevirilerine yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviriyi yapanın sorumluluğundadır.

Dergilerden Seçmeler: Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

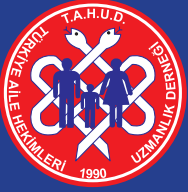
Haberler: Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananlar ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Tanıtmı Yazıları: Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projelerini tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilir.

YAZI KURALLARI

Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir. Türkçe karşılığı olan yabancı sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.



Yayın Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

Başlık: Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı, yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlar dışında en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, bir diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

Metin: Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için faklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine yazar ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir.

Kaynaklar, makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'ya uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

Makale için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktalı virgöl), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasındaki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Turk Aile Hek Derg 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. Eur J Gen Pract 2014; 20(4): 253-9.

Bildirir için: Dergiye gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözel ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgöl), yapıldığı yer (virgöl), yapıldığı tarih (noktalı virgöl), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasındaki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu) (nokta). (Varsa cilt sayısı) (nokta). Yayınlandığı şehir (virgöl), Yayınevi (virgöl), Yayınlandığı yıl (noktalı virgöl); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasındaki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna 'de/'da yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri) (nokta). (Varsa) kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgöl), yayınevi (virgöl), yayınlandığı yıl (noktalı

virgöl); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasındaki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

İnternet sayfası için: (Varsa) yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

Örnek:

WONCA Ad Hoc Task Force on Tobacco Cessation. An International Benchmarking Study of Family Medicine Organisations. <http://www.globalfamilydoctor.com/tobacco/> adresinden 29/09/2002 tarihinde indirilmiştir.

Şekil, Tablo ve Resimler

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikiye katlanabilir. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarda en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18; kısa araştırma raporlarında ikiye katlanabilir; numaralandırma; gereğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çatışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

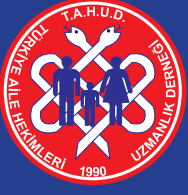
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayın amacına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultuda ise sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtla göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin malı olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.



İçindekiler / Contents

Orijinal Araştırmalar / Original Research

Okul Çağı Çocuklarında Obezite, Hipertansiyon ve Anemi Sıklığı: Bir Aile Sağlığı Merkezinden Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma

The Frequency of Obesity, Hypertension, and Anemia in School-Aged Children: A Retrospective Cross-Sectional Study from a Family Health Center

Selin Ay Akdoğan, Melike Mercan Başpınar, Okcan Basat

69-75

Yaşlılarda Kronik Ağrı Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evaluation of Chronic Pain and Affecting Factors in the Elderly

Önder Sezer, Duygu Devran, Hamdi Neziğ Dağdeviren

76-83

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Health Anxiety Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Çukurova University Medical Faculty Students

Özge Orhan Özgül, Esra Saatçı

84-90

Tıpta Uzmanlık Sınavı Dershanesine Devam Eden Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Anksiyete ve Mesleki Kaygı Düzeyi

Anxiety and Occupational Anxiety Level of Final Year Medical Students Who Attend a Course for Medical Board Exam

Sunay Kocabaş, Süleyman Ersoy, Ayşe Hilal Ersoy, Emin Pala

91-101

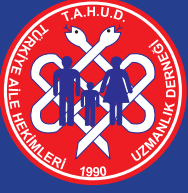
Olgu Sunumu / Case Report

Aile Sağlığı Merkezinde Tespit Edilen Bir Orf Olgusunun Takip ve Tedavisi

Follow-up and Treatment of an Orf Case Diagnosed at a Family Health Center

Levent Çevik, Murat Öztürk

102-104



Editörden

COVID-19 Pandemisi, İklim Değişikliği, Göçler ve Aile Hekimliği

Değerli Okurlarımız,

Son sayımızdan bu yana ülkemizde COVID-19 pandemisini kontrol altına alma çalışmaları son hızla devam etmektedir (Tablo 1).^[1]

Tablo 1. COVID-19 pandemisinde dünyada ve ülkemizde güncel durum.

	Konfirme vaka	Ölüm	Vefat eden sağlık çalışanı	Yeni vaka	Yapılan aşı dozu
Dünya	213.752.662	4.459.381	115.000	655.952	4.953.887.422
Türkiye	6.273.681	55.212	446	19.970	90.405.737

Dünya nüfusunun %32,5'i en az bir doz COVID-19 aşısı olmuştur, %24,5'i ise tam aşılandı. Az gelirli ülkelerde yaşayanların sadece %1,4'üne en az bir doz aşı yapılmıştır. En fazla aşı yapılan ilk 10 ülke; Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri, Brezilya, Meksika, Almanya, Birleşik Krallık, Fransa, Türkiye, Rusya ve İtalya şeklinde sıralanmaktadır. Ülkemizde nüfusumuzun %54,5'i (46.321.922 kişi) birinci doz aşısını olmuştur ve %41,6'sı ise (35.412.125 kişi) iki doz aşılandı.

Ülkemizde de yaygın olarak görülmeye başlayan Delta varyantı, hemen ardından ortaya çıkan Lambda varyantı pandeminin ciddiyetinin devam ettiğini göstermektedir. **Aşı, en güçlü silahımızdır.** Ancak, ne yazık ki aşı karşıtlığı hala önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Ülkemizde daha birkaç gün önce aşı olmayı reddeden iki uzman hekimin COVID-19 nedeniyle vefatı çok düşündürücüdür.

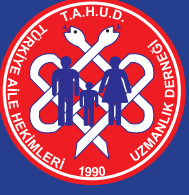
Aşı reddinin en sık nedenleri; genel olarak aşı karşıtı olmak, kısa sürede geliştirilen aşıya karşı güvensizlik, aşının yararsız ve etkisiz olduğu görüşü, aşının gereksiz olduğu inancı, aşı yan etkilerinden korku, COVID-19'un zararsız olduğu, kişinin zaten bağışık olduğu inancı ve aşının kaynağı hakkındaki şüphelerdir.^[2]

Fransa ve ABD'de aşı karşıtlığı oranı çok yüksektir. 30 Haziran 2021 tarihli listeye göre, Danimarka'da nüfusun %58'i, İtalya'da ise nüfusun %57'si en az bir doz aşı olmuş durumdadır. Bu iki ülkeyi %55 ile Almanya, %54 ile ABD, %50 ile Fransa ve %49 ile Norveç takip etmektedir. Güney Kore ise %39 ile son sırada yer almaktadır. Ancak Güney Kore'de aşı olamayıp da sırasını bekleyen ve sırası geldiğinde aşı olacağını belirtenlerin oranı %39 olup bütün ülkelerin önünde yer almaktadır. Listede aşı olma konusunda kararsızlık yaşayanlar açısından %19'luk oranla yine Güney Kore karşımıza çıkmaktadır. Diğer bütün ülkelerde yaklaşık %8'lik bir kesim, aşı olma konusunda kararsız olduğunu dile getirmektedir. Sırası geldiğinde kesin olarak aşı yaptırmama kararında olanlar listesinde ise başı Fransa %32 ile önde gelmektedir. Bu ülkeyi %29 ile ABD ve %20 ile Almanya takip etmektedir. Diğer ülkelerde %12 ile %18 arasında değişen oranlarda aşı karşıtlığı mevcuttur.^[3]

Aile hekimleri ve birinci basamak sağlık çalışanları aşı kararsızlığı ve aşı karşıtlığı ile nasıl mücadele edebilir?

Aşı karşıtlığı, pandemi önlemlerinde gevşeme gibi sorunlara ek olarak ve bir yandan COVID-19 ile mücadelelerimiz sürerken maalesef son iki-üç ayda yangın, sel gibi felaketler ülkemizi ve milletimizi derinden etkilemiştir. Çok sayıda vefat, kayıp, yaralanma, maddi hasarın yanı sıra evcil ve vahşi sevimli dostlarımız da hayatlarını kaybetmiş ya da yaralanmışlardır. Yangın ve sel felaketlerinde kasıt, yanlış yapılaşma/kentleşme, ekipman eksiklikleri gibi hususlar bir yana global bir sorun olan iklim değişikliğinin rolü tartışılmaz.

Özellikle sanayi devrimi sonrası özellikle 1750'li yıllardan itibaren hız kazanan insan faaliyetleri etkisiyle atmosferin kompozisyonu değişmekte, sera gazı emisyonları artmaktadır. En önemli sera gazı olan karbon-



dioksitin (CO_2) atmosferdeki birikimi sanayi öncesi dönemde yaklaşık 280 ppm'den (milyonda bir parçacık) Mart 2018'de 407,96 ppm'e yükselmiştir. Sanayi öncesi dönemde yaklaşık 715 ppb (milyarda bir parçacık) olan metan (CH_4) birikimi, 2017 yılı sonunda 1859 ppb'e çıkmıştır. Küresel atmosferik nitroz oksit (N_2O) birikimi sanayi öncesi dönemde yaklaşık 270 ppb düzeyindeyken 2017 yılında 330 ppb'ye çıkmıştır.^[4] Yıllık ortalama sıcaklık projeksiyonlarına göre tüm senaryolarda ve tüm periyot boyunca Türkiye genelinde artışlar öngörülmektedir. Başta kömür olmak üzere fosil yakıtların yakılması, atmosferdeki karbondioksit oranının artmasındaki ana sorumludur. International Panel on Climate Change (IPCC)'e göre 2004 yılındaki insan kaynaklı sera gazı emisyonlarının %56'sı fosil yakıt kullanımında ortaya çıkan karbondioksit aittir. Ormansızlaşma da %17'lik bir paya sahiptir.^[5]

İklim değişikliğinin zararlı etkileri sıcaklıklardaki artıştan ibaret değildir. Kuraklık, seller, şiddetli kasırgalar gibi aşırı hava olaylarının sıklığı ve etkisinde artış, okyanus ve deniz suyu seviyelerinde yükselme, okyanusların asit oranlarında artış, buzulların erimesi gibi etkenler sonucunda bitkiler, hayvanlar ve ekosistemlerin yanı sıra insan toplulukları da ciddi risk altındadır. Bilim dünyası, iklim değişikliğinin yıkıcı etkilerini en aza indirmek için ortalama sıcaklıklardaki artışın azami $2^{\circ}C$ ile sınırlanması gerektiğini belirtmektedir. Bu hedefe ulaşılabilmesi için atmosferdeki CO_2 oranının 450 ppm düzeyini aşmaması gerekmektedir. Mevcut politikalar ve uygulamalar ile bu orandaki artışın devam edeceği öngörülmektedir. Dünya Bankası karbondioksit emisyonlarının şu andaki artış hızıyla 2060 yılında ortalama sıcaklıklardaki artışın $4^{\circ}C$ 'yi bulacağı uyarısını yaparken bu artışın etkilerinin özellikle yoksul kesimlerce hissedileceğini belirtmektedir.^[5]

Küresel İklim Değişikliği ve Türkiye

Sıcaklık artışı 2030'lu yılların sonuna kadar sınırlı kalacak, bu dönemden sonra hızlı bir artış gözlenecektir. Mevsimsel ve bölgesel farklılıklar göstermekle beraber sıcaklık artışının kış mevsiminde $4^{\circ}C$, yazın ise $6^{\circ}C$ civarına ulaşması beklenmektedir (1960-1990 döneminde göre). Kış yağışlarında Türkiye'nin genelinde azalma görülürken sadece Kuzey Anadolu'nun doğu yarısında yağışlarda artış görülecektir.

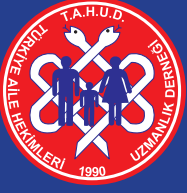
2011 yılında yayımlanan İklim Değişikliği Ulusal Eylem Planı da, Türkiye'de yıllık ortalama sıcaklığın gelecek yıllarda $2,5^{\circ}-4^{\circ}C$ artacağını, artışın Ege ve Doğu Anadolu Bölgeleri'nde $4^{\circ}C$ 'yi, iç bölgelerinde ise $5^{\circ}C$ 'yi bulacağını öngörürken Türkiye'nin yakın gelecekte daha sıcak, daha kurak ve yağışlar açısından daha belirsiz bir iklim yapısına sahip olacağını ortaya koymaktadır. İklim Değişikliği Ulusal Eylem Planı, Türkiye'nin özellikle su kaynaklarının azalması, orman yangınları, kuraklık ve çölleşme, bunlara bağlı ekolojik bozulmalar gibi olumsuz etkilerden önemli ölçüde etkileneyeceğini öngörmektedir.^[6]

Kesin olmamakla birlikte, iklim değişikliğinin, bazı enfeksiyon hastalıklarına etkisi olabileceği bildirilmiştir. Karşı görüşler olmakla birlikte, İsveç'te, son 20 yılda kış aylarının daha ılık geçmesine cevaben keneden kaynaklanan viral ensefalitlerde artış olduğu saptanmıştır.^[7,8] İklim değişikliği ile bağlantılı olarak deniz ekosistemindeki değişikliklere ait kanıtlar, zararlı alglerin çoğaldığını göstermektedir.^[9-11] *Cholera vibrio* proliferasyonu, deniz yüzeyinin ısısından ve diğer bazı çevresel faktörlerden etkilenmektedir.^[12]

2000 yılında dünyada 160.000 ölüm ve 5.500.000 DALY (disability adjusted life years) iklim değişikliği nedeniyle olmuştur (malarya, malnütrisyon, ishalli hastalıklar, aşırı sıcaklar, seller).^[13] Avustralya'da 2050 yılında orta ölçekli emisyon iklim değişikliğinin, başkentte aşırı sıcaklara bağlı olarak yıllık ölüm sayılarını (nüfus sayısı ve profili değişmemiş kabul edilerek) %50 oranında arttıracığı beklenmektedir.^[14] Öte yandan, Kuzey ülkelerinde soğuk havadan kaynaklanan mortalite riskinde azalma olması beklenmektedir.^[15]

İklim değişikliğinin, sağlıkla ilişkili spesifik ve ölçülebilir risklerinin yanı sıra sosyal, ekonomik ve politik etkileri de vardır. Yeterli gıdaya ulaşamayan insan sayısında %5-%10 artış olacağı öngörülmektedir.^[16]

İklim değişiklikleri ve göçlerin etkisiyle; enfeksiyon hastalıkları, malnütrisyon, mental sağlık sorunları, yaralanmalar ve şiddet olayları ile ilişkili ölümlerde artış beklenmektedir. İklim değişikliğinin sağlığa etkileri değerlendirilmeli ve gelecekle ilgili planlar yapılmalıdır.^[17]



Bu yazımızın düşünme sorularına devam edersek;

İklim değişiklikleri biz hekimleri ne kadar ilgilendiriyor?

Aile hekimliği felsefesi ve bütüncül yaklaşımla bu konuda neler yapabiliriz?

Önemli bir başka güncel sorun, göçler olmakla birlikte bu konuyu bir sonraki yazımızda ele alacağız.

Bu yeni sayımızda dört orijinal araştırma makalesi ve bir olgu sunumu yer almaktadır. Bu sayının yayına hazırlanmasında emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize, editör yardımcılarımıza ve Dergimize hak ettiği değeri veren siz okurlarımıza çok teşekkür ederiz.

Sağlıklı ve afetsiz günler dileğiyle,

Prof. Dr. Esra Saatçı

KAYNAKLAR

1. <https://covid19.who.int/> adresinden 26.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
2. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*. 2021;194:245-251.
3. www.tr.euronews.com adresinden 28.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
4. www.mgm.gov.tr adresinden 28.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
5. www.wwf.org.tr adresinden 28.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
6. <https://webdosya.csb.gov.tr/db/iklim/banner/banner591.pdf> adresinden 28.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
7. Lindgren E, Talleklint L, Polfeldt T. Impact of climatic change on the northern latitude limit and population density of the disease-transmitting European tick *Ixodes ricinus*. *Environ Health Perspect*. 2000;108:119-123.
8. Randolph SE, Rogers DJ. Fragile transmission cycles of tick-borne encephalitis virus may be disrupted by predicted climate change. *Proc R Soc Lond B Biol Sci*. 2000;267:1741-4.
9. Morris J. Harmful algal blooms: an emerging public health problem with possible links to human stress on the environment. *Annu Rev Energy Environ*. 1999;24:367-90.
10. Edwards M, Richardson A. Impact of climate change on marine pelagic phenology and trophic mismatch. *Nature*. 2004;430:881-4.
11. Wilcox B, Aguirre A. One ocean, one health. *Ecohealth*. 2004;1:211-2.
12. Lipp E, Huq A, Colwell R. Effects of global climate on infectious disease: the cholera model. *Clin Microbiol Rev*. 2002;15:757-70.
13. Campbell-Lendrum D, Pruss-Ustun A, Corvalan C. How much disease could climate change cause? In: McMichael AJ, Campbell-Lendrum D, Corvalan C, Ebi KL, Githeko AK, Scheraga JS, eds. *Climate change and health: risks and responses*. Geneva: World Health Organization, 2003: 133-55.
14. McMichael AJ, Woodruff RE, Whetton P, et al. Human health and climate change in Oceania: a risk assessment. Canberra, Australia: Commonwealth Department of Health and Ageing, 2003: 116.
15. Patz JA, McGeehin MA, Bernard SM, et al. The potential health impacts of climate variability and change for the United States: executive summary of the report of the health sector of the U.S. National Assessment. *Environ Health Perspect*. 2000;108:367-76.
16. Parry ML, Rosenzweig C, Iglesias A, Livermore M, Fischer G. Effects of climate change on global food production under SRES emissions and socio-economic scenarios. *Glob Environ Change*. 2004;4:53-67.
17. McMichael AJ, Woodruff RE, Hales S. Climate change and human health: present and future risks. *Lancet* 11 March 2006;367:859-69.

Okul Çağı Çocuklarında Obezite, Hipertansiyon ve Anemi Sıklığı: Bir Aile Sağlığı Merkezinden Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma

The Frequency of Obesity, Hypertension, and Anemia in School-Aged Children: A Retrospective Cross-Sectional Study from a Family Health Center

Selin Ay Akdoğan[®], Melike Mercan Başpınar[®], Okcan Basat[®]

Atf/Cite as: Ay Akdoğan S, Mercan Başpınar M, Basat O. Okul çağı çocuklarında obezite, hipertansiyon ve anemi sıklığı: Bir aile sağlığı merkezinden retrospektif kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(3):69-75.

ÖZ

Amaç: Bu araştırma 6-19 yaş arası okul çağı çocuk ve ergenlerin periyodik izlemlerinde obezite, hipertansiyon ve anemi sıklığının değerlendirilmesini amaçlamıştır.

Yöntem: Retrospektif kesitsel tipte planlanan çalışmada Ocak 2018 ve Ağustos 2019 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezinde gerçekleştirilen çocuk ve ergen izlemlerindeki kilo, boy, beden kitle indeksi (BKİ), sistolik/diyastolik kan basıncı ölçümleri ve tam kan sayımı sonuçları derlenmiştir. Periyodik tarama amacıyla muayene olan ve ölçüm kayıtları tam olan okul çağı çocuk ve ergenler çalışmaya dahil edilmiş, kayıtları eksik olanlar çalışma harici bırakılmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS 22.0 programı kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Tarama sonuçları, yaş ortalaması $11,4 \pm 3,2$ yıl ve 536'sı erkek, 513'ü kız olan 1049 çocuğun verilerini kapsamaktadır. Obezite, hipertansiyon, anemi, boy kısalığı ve düşük kilo sıklığı sırasıyla %7,3, %24,5, %76,6, %1,9 ve %21,3 olarak saptanmıştır. Kızlarda (%85,2) anemi sıklığı erkeklerle (%68,6) göre daha fazla izlenmiştir ($p < 0,001$). Yaş grupları ve cinsiyetler arasında hipertansiyon varlığı açısından anlamlı fark görülmezken ($p = 0,299$ ve $p = 0,270$), hipertansiyon tanısı alanlar arasında ilkokul çağı çocukları (%26,1), ortaokul (%24,3) ve liseye (%19,9) gidenlerden anlamlı düzeyde daha fazla sayıda görülmüştür ($p < 0,001$ ve $p < 0,001$). Obez olan gruplarda diğer gruplarla karşılaştırıldığında hipertansiyon (%31) ve anemi (%85) sıklığı daha yüksek olsa da istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p = 0,151$ ve $p = 0,196$).

Sonuç: Birinci basamak bir sağlık kuruluşunda yapılan çalışma; Önceki çalışmalara benzer oranda obezite sıklığına karşılık, her dört çocuktan birinin hipertansif veya düşük kilolu, kız çocuklarının ise tamamına yakını anemik saptayarak, büyüme gelişme sorunları, yetişkin dönem kardiyovasküler ve maternal-fetal mortalite riskinin önlenmesi açısından uyarıcı sonuçlara ulaşmıştır.

Anahtar kelimeler: Anemi, çocukluk çağı, pediatri, obezite, hipertansiyon

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the frequency of obesity, hypertension and anemia in the periodic follow-up of school-age children and adolescents aged between 6-19 years.

Methods: In this retrospective cross-sectional study, weight, height, body mass index (BMI), systolic/diastolic blood pressure measurements and complete blood count results were compiled between January 2018 and August 2019 at a family health center. School-age children and adolescents examined for periodic screening purposes and whose completed measurement records were included while incomplete records were excluded from the study. IBM SPSS 22.0 program was used to analyze the data, and statistical significance was accepted as $p < 0,05$.

Results: The follow-up results include the data of 1049 children, (536 boys; 513 girls), with an average age of 11.4 ± 3.2 years. The frequency of obesity, hypertension, anemia, short height, and underweight was 7.3%, 24.5%, 76.6%, 1.9%, and 21.3% respectively. The frequency of anemia was observed higher in girls (85.2%) than in boys (68.6%) ($p < 0,001$). While there is no significant difference between age groups and genders in terms of the presence of hypertension ($p = 0,299$ and $p = 0,270$), a higher hypertension diagnosis rate was observed in primary school children (26.1%) than children with hypertension diagnosis in secondary school (24.3%) and high school (19.9%), significantly ($p < 0,001$ and $p < 0,001$). Although the frequency of hypertension (31%) and anemia (85%) was higher in obese groups compared to other groups, it was not found statistically significant ($p = 0,151$ and $p = 0,196$).

Conclusion: This study was performed in a primary health care institution; despite the prevalence of obesity at a similar rate to previous studies, it has demonstrated that one out of every four children was hypertensive or underweight, and almost all of the girls were anemic, resulting in cautionary results in terms of preventing growth and development problems, adult cardiovascular and maternal-fetal mortality risks.

Keywords: Anemia, childhood, pediatrics, obesity, hypertension

© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.
© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 02.05.2021
Accepted/Kabul: 23.08.2021
Publication date: 13.09.2021

Corresponding Author:
M. M. Başpınar
ORCID: 0000-0003-3183-3438
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Kliniği,
İstanbul, Türkiye
✉ drmelikemercan@gmail.com

S. Ay Akdoğan
ORCID: 0000-0002-5246-5171
O. Basat
ORCID: 0000-0002-5222-9136
SBÜ Gaziosmanpaşa Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Kliniği,
İstanbul, Türkiye

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetler; hastalık riski taşımayan bireylerin bu risklerden uzak tutulması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisi sayesinde kalıcı hasar oluşumunun önlenmesini hedefler.^[1] Bu disiplinin bir parçası olan okul sağlığı hizmetleri ile ilgili bilgi 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı” adı altında tüm birinci basamak hekimlerine tebliğ edilmiştir.^[2] İstanbul ilinde 2010 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması ardından, 2016 yılı itibarıyla aile hekimleri, kendi birimlerine kayıtlı 6-19 yaş arası tüm çocuk ve ergen nüfusunun izlemelerinden sorumludur^[3] ve bu izlemler aile hekimliği veri tabanına düzenli olarak işlenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ülkemizde 15 yaş üstü obezite oranı 2008 yılından 2014 yılına kadar %31.1 oranında artarak %19.9'a ulaşmıştır.^[4] Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokollerinde, çocuk hipertansiyon prevalansının %1-3 oranında gözüktüğü, ergenlerde artan obezite ile hipertansiyon sıklığında %5 oranına varan artış olduğu belirtilmektedir.^[3,5] Obezite ve hipertansiyon başlangıç yaşının çocuk yaşa inmesi yetişkin hayatta artan kardiyovasküler risk açısından önemlidir.^[4] Bununla beraber çocukluk çağına daha özgü olan anemi ve boy kısalığı hala sık rastlanan sorunlar arasındadır. Anemi sıklığı gelişmiş ülkelerde %4-20 arasında iken gelişmekte olan ülkelere %70-80'lere ulaşmaktadır.^[6] Kronik anemi kronik hipoksiye sekonder büyüme gelişme geriliği ve boy kısalığı nedeni de olabildiği için bebeklikten ergenliğe önlenmesi ve takviye edilmesi sağlam çocuk izleminin vazgeçilmezidir.^[7]

Çalışmamız okul çağı çocuk ve ergenlerde obezite, hipertansiyon, anemi, boy kısalığı sıklığını yaşa ve cinsiyete göre değerlendirmeyi amaçlamıştır. Çalışmamızın daha önce yapılan okul çağı tarama sonuçları ile kıyaslanabilecek güncel veri sağlaması nedeniyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmada Ocak 2018 ve Ağustos 2019 tarihleri arasında “Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı” kapsamında yönlendirilen, Gaziosmanpaşa Kazım Karabekir Aile Sağlığı Merkezi aile hekimliği birimine kayıtlı 6-19 yaş arası tüm çocuk ve ergenlerin izlem verileri retrospektif olarak taranmıştır. Tansiyon ölçümlerinin değerlendirilmesinde Sağlık Bakanlığı

“Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri” kılavuzunda^[3] tavsiye edilen 2004 Çocuk ve Ergenler Hipertansiyon Eğitimi Çalışma Grubunun dördüncü raporunun^[8], 2017’de revize edilmiş güncel hali^[9] esas alınmıştır. Kan basıncı ölçümü manşonun boyu kol çevresinin %80-%100’ü, manşonun eni kol çevresinin, yaklaşık %40’ı kadar olacak şekilde yaşa uygun boyda manşon ile (Erka perfect aneroid çocuk tansiyon aleti, seri numarası: 201 061 02, üretim yeri Almanya) 5 dk. istirahat sonrası üç ölçümün ortalaması alınarak ve yeni sınıflamadaki 13 yaş sınırına uygun referans değerlere göre değerlendirilmiştir. Kilo değerlendirmesinde yaşa ve cinsiyete göre boy ve kilo ölçümlerinden kg/m² formülü ile elde edilen beden kitle indeksi (BKİ)’ne ait persentilleri, 6-18 yaş Türk kız ve erkek çocuk BKİ persentil eğrilerine göre belirlenip, BKİ standart sapmaları (Z skoru) yaşa ve cinsiyete uygun olarak hesaplandı.^[10] Z skoru değerlendirmesine göre, standart tablolardan -3 standart sapma (SS) altında olanlar çok zayıf, -2SS altında olanlar zayıf, -2SS ile +1SS arasında olanlar normal, +1SS üzerinde olanlar fazla kilolu, +2SS üzerinde olanlar obez olarak sınıflandırılmıştır.^[10] Ağırlık ve boy ayakkabısız, hafif giysi ile dijital boy ve tartı ölçer cihaz (TESS RP-LCD320, Seri numarası:61060, Üretim yeri Türkiye) ile ölçülmüştür. Anemi varlığı, yaşa göre hemoglobin (Hb) ve hematokrit (Hct) değerlerinin o yaş ve cins için ortalamadan 2 SS (%95 güven aralığı içinde) aşağıda olması esasına göre belirlenmiştir.^[11] Boy uzunluğunun yaşa ve cinsiyete göre iki SS altında olması boy kısalığı olarak tanımlanmıştır.^[10]

Etik kurul onayı, T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Onay tarihi: 13 Kasım 2019 ve Onay numarası: 165) tarafından düzenlenmiştir.

İstatistiksel analizlerde IBM SPSS Statistics 22 programı kullanılmıştır. Kategorik veriler frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Sürekli veriler ise ortalama±standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak verilmiştir. Verilerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ve grafikleri ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırmalarında bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olan %51,1’i erkek (n=536), %48,9’u

kız (n=513) olan 1049 çocuk ve ergenin yaş ortalaması 11,4±3,2 yıl, BKİ ortalaması 19,36±4,34 kg/m² olarak gözlenmiştir. BKİ SS değerleri -9,38 ile 3,66 arasında değişmekte olup, ortalaması 0,02±1,33'dür. Öğrencilerin %46'sı (n=483) ilkokula giden 6-10 yaş arası, %39,6'sı ortaokula (n=415) devam eden 11-14 yaş arası ve %14,4'ü (n=153) liseye giden 15-18 yaş arası öğrencidir. Obezite, hipertansiyon, anemi (Hb değerine göre) ve boy kısalığı görülme sıklığı sırasıyla %7,3 (n=77), %24,5 (n=257), %76,6 (n=624) ve %1,9 (n=20) olarak saptanmıştır. Lise öğrencilerinde zayıf olma oranı (%13,2), ilkokul (%14,9) ve ortaokul (%19,8) öğrencilerinden daha düşük bulunmuştur (sırasıyla p=0,019 ve p=0,002). İlkokul çocuklarının ağırlık SS değerlerine göre obez olma oranı (%10,1), ortaokul (%8,4) ve lise (%6,0) öğrencilerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (sırasıyla p=0,002; p<0,001). Zayıf ve çok zayıf çocuklar düşük ağırlık grubu olarak, aşırı kilolu ve obez olan çocuklar yüksek ağırlıklı grup olarak değerlendirildiğinde, öğrencilerin düşük ağırlık sıklığı %21,3 (n=223), normal ağırlık %54,7 (n=574), yüksek ağırlık sıklığı %24,0 (n=252) olarak izlenmiştir.

Tablo 1'de cinsiyetlere göre Tablo 2'de ise okul çağı yaş gruplarına göre çocukların obezite, hipertansiyon, anemi ve boy kısalığı durumları değerlendirilmiştir. Kızlarda anemi görülme sıklığı %85,2 (n=334), erkeklerde %68,6 (n=290) olup kızlarda anlamlı düzeyde daha sık kansızlığa rastlanmıştır (p<0,001). Obezite sıklığı kızlarda %8,2 (n=42), erkeklerde %6,5 (n=35) saptanırken arada anlamlı fark tespit edilmemiştir (p=0,416). Boy kısalığı kızlar arasında erkeklerin 4 katı olup anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,01). İlkokula giden çocuklarda Hb değerine göre anemi görülme sıklığı %87,0 (n=234) saptanmıştır, bu değer ortaokula giden çocukların %74,2'sinde (n=293) ve liseye giden ergenlerin %64,2'sinde (n=97) görülen anemi sıklığına göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,001).

Hipertansiyon tanısı alanlar almayanlara göre, ilkokula giden çocuklar arasında (%26,1), ortaokul (%24,3) ve liseye (%19,9) gidenlerden anlamlı düzeyde fazla sayıda (p<0,001 ve p<0,001) izlenmiştir. Obez olan gruplarda diğer gruplarla karşılaştırıldığında hipertansiyon (%31) ve anemi (%85) sıklığı daha yüksek olsa da gruplar arası hipertansiyon ve anemi görülme sıklığının-

Tablo 1. Katılımcıların özelliklerinin cinsiyete göre karşılaştırması.

Katılımcı özellikleri	Erkek Ort±SS	Kız Ort±SS	p değeri	
Yaş (yıl)	11,53±3,3	11,34±3,09	0,335 [*]	
Ağırlık (kg)	45,31±18,95	41,87±15,92	0,001 [*]	
Boy (cm)	148,72±19,02	145,01±15,93	0,001 [*]	
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	19,51±4,30	19,21±4,39	0,259 [*]	
Boy yaşına göre BKİ SS	0,02±1,2	0,01±1,45	0,988 [*]	
	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)		
Sistolik tansiyon (mm Hg)	110 (61-144)	111 (40-144)	0,055 [§]	
Sistolik tansiyon persentil	74 (1-99)	72 (1-99)	0,630 [§]	
Diastolik tansiyon (mm Hg)	69 (41-103)	70 (40-103)	0,712 [§]	
Diastolik tansiyon persentil	77 (2-99)	76 (1-99)	0,489 [§]	
Hemoglobin (g/dL)	13,3 (7,7-16,9)	12,9 (7,4-15,6)	<0,001 [§]	
Hematokrit (%)	40 (26,9-49,9)	39 (25-49)	<0,001 [§]	
	n (%)	n (%)		
Yaş grupları	İlkokul çağı (6-10 yaş)	234 (43,7)	249 (48,5)	0,079 [*]
	Ortaokul çağı (11-14 yaş)	213 (39,7)	202 (39,4)	
	Lise çağı (15-18 yaş)	89 (16,6)	62 (12,1)	
Yaşa göre boy	<-2 SS (kısa boy)	4 (0,7)	16 (3,1)	0,010 [*]
	>-2 SS	532 (99,3)	497 (96,9)	
	Çok zayıf	20 (3,7)	29 (5,7)	
Yaşa göre BKİ	Zayıf	87 (16,2)	87 (17)	0,416 [*]
	Normal	300 (56)	274 (53,4)	
	Kilolu	94 (17,5)	81 (15,8)	
Hipertansiyon	Obez	35 (6,5)	42 (8,2)	0,270 [*]
	Var	139 (25,9)	118 (23)	
	Yok	397 (74,1)	395 (77)	
Hemoglobin değerine göre anemi	Var	290 (68,6)	334 (85,2)	<0,001 [*]
	Yok	133 (31,4)	58 (14,8)	
Hematokrit değerine göre anemi	Var	278 (65,7)	305 (77,8)	
	Yok	145 (34,3)	87 (22,2)	<0,001 [*]

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, *: Student t Test, §: Mann-Whitney U Test, *: Ki-Kare Test

Tablo 2. Katılımcı özelliklerinin ilkokul, ortaokul ve lise çağına göre karşılaştırması.

Katılımcı özellikleri	İlkokul 6-10 yaş Ort±SS	Ortaokul 11-14 yaş Ort±SS	Lise 15-18 yaş Ort±SS	p değeri	
Ağırlık SS	0,32±1,24 ^a	0,07±1,35 ^b	0,01±2,08 ^{ab}	0,009 [‡]	
Boy SS	0,36±1,20 ^a	0,05±1,17 ^b	-0,31±1,05 ^b	<0,001 [‡]	
BKİ SS	0,18±1,74	0,04±1,29	0,01±1,45	0,289 [‡]	
Boy yaşına göre BKİ SS	-0,01±1,25	-0,02±1,39	0,17±1,41	0,281 [‡]	
	n (%)	n (%)	n (%)		
Yaşa göre Boy	<-2 SS (Kısa boy)	5 (1,0)	9 (2,2)	6 (4,0)	0,062 [*]
	>-2 SS	478 (99)	406 (97,8)	145 (96,0)	
Yaşa göre BKİ	Çok zayıf	19 (3,9)	15 (3,6)	15 (9,9)	0,005 [*]
	Zayıf	72 (14,9)	82 (19,8)	20 (13,2)	
	Normal	276(57,1)	226(54,5)	72 (47,7)	
	Kilolu	82 (17,0)	59 (14,2)	34 (22,5)	
	Obez	34 (7,0)	33 (8,0)	10 (6,6)	
Hipertansiyon	Var	126 (26,1)	101(24,3)	30 (19,9)	0,299 [*]
	Yok	357 (73,9)	314(75,7)	121 (80,1)	
Hemoglobin değerine göre anemi	Var	234 (87)	293(74,2)	97 (64,2)	<0,001 [*]
	Yok	35 (13)	102(25,8)	54 (35,8)	
Hematokrit değerine göre anemi	Var	227 (84,4)	262(66,3)	94 (62,3)	<0,001 [*]
	Yok	42 (15,6)	133(33,7)	57 (37,7)	

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, a-b: aynı satırda yer alan benzer harfler arasında istatistiksel bir fark saptanmamıştır, ‡: ANOVA testi, *:Ki-Kare Testi

da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,151 ve p=0,196).

TARTIŞMA

Birinci basamak bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen çalışmamızda periyodik sağlık taramaları yapılan okul çağı çocuk ve ergenlerde obezite sıklığı %7,3 olarak saptanmıştır. Her dört çocuktan birinde hipertansiyon izlenmesi, özellikle daha küçük yaş grubunda daha sık saptanması gelecekteki kardiyovasküler hastalık yükü açısından, her dört çocuktan üçünde kansızlık ile en az birinde düşük kilo tespiti ve özellikle kız çocuklarında daha sık olması ise üreme çağı olası anne ve çocuk sağlığı problemleri açısından kaygı verici bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 1975 yılında 5-19 yaş grubu çocuk ve adölesanların %1'den azı obez iken, 2016 yılında kızların %6'sı, erkeklerin %8'i obezdir.^[12] 2008 yılında Kayseri'de 6-18 yaş arasındaki 4241 çocuğun büyüme eğrileri üretilip eş zamanlı (4 yıl önce) yerel ve uluslararası verilerle karşılaştırıldığında, obezitenin erkeklerde %4,8'den %5,4'e arttığı, kızlarda ise %4,8'den %3,5'a azaldığı saptanmıştır.^[13] 2018 yılı Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık Araştırması verilerine göre obezite oranı ilkokul ikinci sınıf öğrencilerinde %9,9'dur.^[14] Karadeniz bölgesi şehir merkezinde yaşayan çocuklarda obezite oranı %7,7, köyde yaşayan çocuklarda %3,9^[14] iken İç Anadolu bölgesinde yaşayan çocuklardan oluşan bir örneklem grubunda da %10,7 oranında görülmüştür.^[15] Özellikle son

yıllarda obezitenin çok hızlı artışa geçtiği görülmektedir. 2020 yılında İstanbul'un Anadolu yakasında 20 farklı merkezden seçilen 2000 kişilik bir çalışmada 11-14 yaş arası obezite sıklığı %19,2 bulunmuştur.^[16] Bu sonuç daha önce yapılan çalışmalara göre yüksek bir değer olup, bizim çalışmamızda obezite oranı önceki çalışmalarla benzer bulunmuştur. Farklılığın bizim çalışmamızın tek merkezli ve Avrupa yakasında yapılan bir çalışma olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda daha dikkat çekici olan düşük ağırlık sıklığının literatüre göre daha yüksek oluşudur. Ülkemizde çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda düşük ağırlık sıklığı; Sakarya ili örneğinde %9,2^[17], Konya'da %6,5^[15], Diyarbakır'da %13,8^[18] bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise çocuk ve ergenlerin %21,3'ünde düşük ağırlık izlenmiştir. Bu durum büyüme gelişme açısından okul çağı öğrencilerinin obezite riski kadar malnütrisyon riskine de maruz kaldığını bu duruma yol açan bedensel algı, uyku düzeni, yeme bozukluğu gibi son yıllarda görülme sıklığı artan faktörlerin sorgulanmasını da akla getirmiştir.

Çin'de 1995 yılından 2014 yılına gelindiğinde çocukluk çağı aşırı kilo sıklığı %4,8'den %18,4'e katlanırken, hipertansiyon sıklığı daha stabil bir artışla %4,4'ten %6,4'e yükselmiştir. Oysa aşırı kilolu çocuklarda görülen hipertansiyon sıklığı %6,3'ten %19,2'e ulaşmıştır. Bu araştırma artan aşırı kilo ve obezite sıklığının beraberinde artan hipertansiyon sıklığını nasıl arttırdığına dair bir kanıttır.^[19-21] ABD'de 1999-2014 yılları arasında yapılan çalışmalarda çocuklarda ve ergenlerde genel hipertansiyon prevalansının %1,6 ile %3,6 arasında

değiştirdiği bildirilmiştir.^[22] Türkiye’de çocukluk çağı hipertansiyon epidemiyolojisi ile ilgili az sayıda olan çalışmaların sonuçlarına göre hipertansiyon sıklığı %3,8 ile %17,8 arasında değişmektedir.^[17] Örneklem grubunu uyku süresi 8 saatten kısa olan kız ve erkek çocukların oluşturduğu ulusal bir çalışmada prehipertansiyon ve hipertansiyonun beraber görülme sıklığı %35,0 ve %30,8 oranında saptanmıştır.^[23] Çalışmamızda obezite sıklığı literatüre göre normal sınırlarda olsa da, hem obezlerde ve hem de genelde saptanan çocuk hipertansiyon sıklığı literatüre göre çok yüksektir. Bu durum artan hipertansiyon sıklığı etiolojisinde obeziteden bağımsız farklı bir faktörün çalışmayı etkilediğini göstermektedir. Ancak çalışmamız retrospektif planda gerçekleştirildiğinden uyku süresi, beslenme alışkanlığı, televizyon izleme gibi olası faktörler sorgulanamamıştır.

Geniş çaplı bir meta-analiz ile obezitenin demir eksikliği ile önemli ölçüde ilişkili olduğu, fazla kilolu ve obez bireylerde demir eksikliğinin anemi olmasa bile erken tespit ve tedavisinin gerekliliği gösterilmiştir.^[24] Bunu ispatlamak için planlanan, 7-14 yaş arası 20,172 çocuk üzerinde yapılan çalışmada ise kızlarda anemi oranı %6,7 erkeklerde %4,0 oranında saptanırken, hem aşırı zayıflığın hem de obezitenin benzer şekilde artan anemi sıklığı ile ilişkili olduğu bulunmuştur.^[25] Bizim çalışmamızda da anemi varlığına düşük ağırlık ve obezitenin benzer şekilde etkili olduğu gösterilmiş ancak çok yüksek olan anemi sıklığının nedeni açıklanamamıştır. Çalışmamızda kızların %85,2’si erkekler ise %68,6’sında anemi saptanmıştır. Gelişmişlik düzeyi yüksek ülkelere bakıldığında; Hollanda, Almanya ve İngiltere’den katılan 1-3 yaş arası çocuklarda anemi sıklığının %18,9 olduğu görülmüştür.^[26] Amerika’da ise çocukların tahminen %20’sinde anemi olduğu düşünülmektedir.^[27] Ülkemizde ilkokul çocuklarında yapılan güncel bir çalışmada anemi sıklığı %9,9 düzeyinde izlenmiştir.^[28] Çalışmamızda her 4 çocuktan biri düşük ağırlıklı olsa bile anemi sıklığı obez çocuklardan istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. Beslenme yetersizliğinin yüksek anemi varlığını açıklayabilecek bir sebep olabileceği düşünülmüş ancak bunun göstergesi olabilecek bodurluk (kısa boy) oranı incelendiğinde sadece %1,9 oranı ile ülkemiz ortalamasının altında olduğu için anlamlı görülmemiştir. Oysa Laos (%44), Bangladeş (%42) ve Kamboçya’dan (%40) sonra 2005-2017’de Güneydoğu Asya’da dördüncü en yüksek ortalama bodurluk prevalansına sahip olan Endonezya’da (%36) bile adölesan genç kızlarda yapılan çalışmada anemi sıklığı %26,3 bulunmuştur.^[29] Yakın zamanda yapılan bir meta-analiz, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki kadınların %42,7’sinin hamilelik sırasında anemi yaşadığını

ve bunun, düşük doğum ağırlığı (%12), erken doğum (%19), perinatal ve neonatal mortalite (%18) açısından önemli ölçüde daha yüksek risklerle ilişkili olduğunu göstermiştir.^[30] Çalışmamızda kız çocuklarının yüksek kansızlık düzeyi üreme çağına geldiklerinde yaşanma olasılığı artacak anne ve çocuk sağlığı sorunlarının habercisi olmuştur.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Tek merkezli yürütülen çalışmamızın sonuçları sosyodemografik açıdan İstanbul ilini evren olarak yansıtabilecek bir örneklem olmaması nedeni ile genellenebilir değildir. Çalışmanın diğer bir kısıtlılığı ise çalışmanın retrospektif dizaynda olması nedeniyle risk faktörü olabilecek gelir düzeyi, fiziksel aktivite, uyku, ders başarısı, kardeş sayısı, özel okul devlet okulu farkı, kantin ve yemekhane gibi faktörlerin değerlendirilememiş olmasıdır.

SONUÇ

Okul çağı periyodik sağlık taramaları sonuçları sağlıklı nesiller yetiştirilmesi için ulusal sağlık politikalarına yol göstericidir. Sınırlı bir örnekleme yapılan çalışmamızda mevcut bilgilerden farklı olarak; çocuklarda artmış oranda saptanan hipertansiyon, anemi ve düşük kilo sıklığı yetişkin hayatta devam edecek halk sağlığı sorunlarına işaret etmektedir. Okul ortamında ve okulda geçirilen süre içerisinde uygulanacak sağlıklı okul destekli beslenme, kas ve dolaşım sistemini güçlendirecek fiziksel aktivite içerikli ders programlarına ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Çalışmamız, obezite kadar malnütrisyonun da yaygın olduğunu, hipertansiyon sıklığının obeziteden bağımsız bir artış eğiliminde olabileceğini ve etiolojisinin araştırılmasını gerektirecek kadar anormal düzeyde yüksek anemi sıklığı göstermesi nedeni ile, okul sağlığı ile ilgili gelecek çalışmaların planlanmasına katkı sağlayacaktır.

Etik Kurul Onayı: Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (13.11.2019/165).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Taksim Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (13.11.2019/165).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKLAR

- Ersoy E, Saatçi E. Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. *Türk Aile Hek Derg.* 2017;21(2):82-9. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00282>
- Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanc A. Sağlığı geliştirmenin en kolay yolu: Okul sağlığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017;6(4):303-12.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Bebek çocuk, ergen izlem protokolleri*, Ankara. 2018. Erişim adresi= https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf (Erişim Tarihi: 06.01.2021).
- Yılmazbaş P, Gökçay G. Childhood Obesity and Prevention. *The Journal of Child.* 2018;18(3):103-12. <https://doi.org/10.5222/j.child.2018.59389>
- Kural B. Screening for Hypertension in Well-Child Follow-up. *The Journal of Child.* 2019;19(2):60-2. <https://doi.org/10.5222/j.child.2019.45403>
- Uyar Hazar H, Tükel Elmalı E. 0-5 Yaş Çocuklarda Anemi Değerlendirmesi ve Ebenin Sorumlulukları. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2020;4(2):171-82. <https://doi.org/10.46237/amusbfd.505738>
- Demirel F, Bideci A, Çamurdan MO, Arga M, Cinaz P. Etiological factors of short stature in children. *Turkish Archives of Pediatrics.* 2005;40(1):39-43. <https://doi.org/10.5222/j.child.2019.18942>
- Falkner B, Daniels SR, Flynn JT, Gidding S, Green LA, Ingelfinger JR et al. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004;114(2 III):555-76. <https://doi.org/10.1542/peds.114.2.S2.555>
- Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, Blowey D, Carroll AE, Daniels SR, et al. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2017;140(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1904>
- Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, et al. Reference values for weight, height, head circumference, and body mass index in Turkish children. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology.* 2015;7(4):280. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.2183>
- Mitchell D, Foley J, Kamat A. Nutritional Anemias: Iron deficiency and megaloblastic anemia. benign hematologic disorders in children: Springer, Cham; 2021. p. 15-30. https://doi.org/10.1007/978-3-030-49980-8_2
- The World Health Organization (WHO) Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim tarihi:02.04.2021).
- Senol V, Unalan D, Bayat M, Mazicioglu MM, Ozturk A, Kurtoglu S. Change in reference body mass index percentiles and deviation in overweight and obesity over 3 years in Turkish children and adolescents. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2014;27(11-12):1121-9. Epub 2014/07/11. <https://doi.org/10.1515/jpem-2013-0467>
- Simsek E, Akpınar S, Bahcebasi T, Senses D, Kocabay K. The prevalence of overweight and obese children aged 6-17 years in the West Black Sea region of Turkey. *International journal of clinical practice.* 2008;62(7):1033-8. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2007.01421.x>
- Yazar A, Kılıçaslan M, Fatih A, Arslan Ş. Konya ilinde 6-18 yaş arası çocuklarda obezite sıklığı Obesity Frequency of Children aged 6-18 Years in Konya. *Bozok Tıp Dergisi.* 2019;9(1):123-9. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.480719>
- Eren C, Cecen S. The relationship between childhood obesity with inflammatory mediators. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(10):1737-41. Epub 2020/11/08. <https://doi.org/10.5455/JPMA.27772>
- Önsüz FM, Demir F. Prevalence of hypertension and its association with obesity among schoolchildren aged 6-15 living in Sakarya Province in Turkey. *Turkish journal of medical sciences.* 2015;45(4):907-12. PMID: 26422866. <https://journals.tubitak.gov.tr/medical/abstract.htm?id=16531> <https://doi.org/10.3906/sag-1407-120>
- Ece A, Ceylan A, Gürkan F, Dikici B, Bilici M, Davutoğlu M, et al. The Prevalence of Short Stature, Underweight and Obesity in Schoolchildren in Diyarbakir, Turkey. *Van Med J.* 2004;11(4):128-36. <https://www.vantipderg.org/en/jvi.aspx?un=VTD-05502&volume=11&issue=4>
- Hamdani G, Dagan A. Primary hypertension in children and adolescents. *Harefuah.* 2021;160(4):260-5. <https://europepmc.org/article/med/33899378>
- Wu Y, Cao Y, Song J, Tian Y, Wang M, Li M, et al. Antihypertensive drugs use over a 5-year period among children and adolescents in Beijing, China: An observational study. *Medicine.* 2019;98(40). <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017411>
- Tran AH, Urbina EM. Hypertension in children. *Curr Opin Cardiol.* 2020;35(4):376-80. Epub 2020/05/07. <https://doi.org/10.1097/HCO.0000000000000744>
- Gartlehner G, Vander Schaaf EB, Orr C, Kennedy SM, Clark R, Viswanathan M. Screening for hypertension in children and adolescents: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama.* 2020;324(18):1884-95. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11119>
- Bal C, Öztürk A, Çiçek B, Özdemir A, Zarsarsız G, Ünalın D, et al. The relationship between blood pressure and sleep duration in Turkish children: a cross-sectional study. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2018;10(1):51. <https://doi.org/10.4274/jcrpe.4557>
- Zhao L, Zhang X, Shen Y, Fang X, Wang Y, Wang F. Obesity and iron deficiency: a quantitative meta-analysis. *Obesity Reviews.* 2015;16(12):1081-93. <https://doi.org/10.1111/obr.12323>
- Zhang Y-X, Chen J, Liu X-H. Profiles of anemia among school-aged children categorized by body mass index and waist circumference in Shandong, China. *Pediatrics & Neonatology.* 2021;62(2):165-71. <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.11.002>
- Akkermans M, Eussen S, Van der Horst-Graat JM, van Elburg RM, van Goudoever JB, Brus F. A micronutrient-fortified young-child formula improves the iron and vitamin D status of healthy young European children: a randomized, double-blind controlled trial. *Am J Clin Nutr.* 2017;105(2):391. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.136143>
- Janus J, Moerschel SK. Evaluation of anemia in children. *Am Fam Physician.* 2010;81(12):1462-71. <https://www.aafp.org/afp/2010/0615/p1462.html>
- Hocaoglu Emre FS, Oguz O. Prevalence of anemia and iron deficiency anemia among elementary school children in Turkey. *Ann Med Res.* 2021;28(3):490-5.

- <https://doi.org/10.5455/annalsmedres.2020.02.116>
29. Masfiah S, Ayu Maqfiroch AF, Rubai WL, Mars Wijayanti SP, Anandari D, Kurniawan A, et al. Prevalence and Determinants of Anemia among Adolescent Girls: A School-Based Survey in Central Java, Indonesia. *Global Journal of Health Science*. 2021;13(3):37-47. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v13n3p37>
30. Rahman MM, Abe SK, Rahman MS, Kanda M, Narita S, Bilano V, et al. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis, 2. *The American journal of clinical nutrition*. 2016;103(2):495-504. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.107896>

Yaşlılarda Kronik Ağrı Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Evaluation of Chronic Pain and Affecting Factors in the Elderly

Önder Sezer[®], Duygu Devran[®], Hamdi Nezih Dağdeviren[®]

Atıf/Cite as: Sezer Ö, Devran D, Dağdeviren HN. Yaşlılarda kronik ağrı durumu ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(3):76-83.

ÖZ

Amaç: Yaşlılarda hastalıklar daha sık görülmekte, buna bağlı olarak ağrı da beraberinde bir seyir göstermektedir. Hissedilen ağrı yaşam kalitesini önemli ölçüde bozmakta ve ilaç kullanımı yoğunlaşmaktadır. Çalışmamızın amacı yaşlılarda kronik ağrı şiddetini belirlemek ve ağrıyı etkileyen durumları değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmamıza 456 yaşlı birey dahil edilmiştir. Yaş ortalaması 71,19±6,27 (min: 65, maks: 93) olarak saptanmıştır. Katılımcılara sosyodemografik bilgileri, hastalıkları, kullandıkları ilaçları, kronik ağrı varlığı ve etkileyen durumları, kronik ağrıları için uygulanmış tıbbi tedavileri sorgulayan 45 soru; ek olarak yaşlı bireylerin ağrı durumlarını değerlendiren 24 soruluk Geriatrik Ağrı Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların 272'si (%59,6) kadındı. Geriatrik Ağrı Ölçeği skorlarına göre 279 (%61,2) kişinin orta şiddette, 85 (%18,6) kişinin ise şiddetli ağrısı vardı. Kronik ağrı nedeniyle %87,7 ile en yoğun ilaç tedavisi kullanılmaktaydı. Katılımcıların sadece 200'ü (%43,9) kullandığı ilaçlar ile ilgili yeterli bilgisi olduğunu düşünüyordu. Kronik ağrı şiddeti ile kadın cinsiyet ($p<0,001$), ileri yaş ($p=0,012$), sigara kullanmak ($p=0,01$), non-steroid antiinflatuar ilaç kullanmak ($p=0,003$), daha yüksek beden kitle indeksi ($p=0,016$) arasında anlamlı ilişki tespit edildi.

Sonuç: Yaşlılarda kronik ağrı, çok sık görülen bir şikayettir. Ağrı varlığı hayat kalitesini bozmakta, sağlık sistemine ek yükler getirmektedir. Ağrıya sebep olan ve şiddetini arttıran önlenebilir durumların tespit edilmesi, az uygulanan ilaç harici tedavilere önem verilmesi, kullanılan ilaçlar ile ilgili hasta okuryazarlığının artırılması, hastalıklara karşı etkin politikaların hayata geçirilmesi kronik ağrı şiddetini azaltarak yaşam kalitesinde artmaya ve sağlık maliyetlerinde ciddi azalmaya neden olacaktır.

Anahtar kelimeler: kronik ağrı, yaşlı, risk faktörleri, birinci basamak

ABSTRACT

Objective: Diseases are more seen in the elderly population, therefore pain also gains a severe problem in this situation. It is well known that pain impairs significantly the quality of life and gives rise to an increase use of drugs. The aim of our study is to determine the severity of chronic pain in the elderly and to evaluate the conditions affecting chronic pain.

Methods: We included 456 elderly patients in our study. The mean age was 71.19±6.27 (min: 65; max: 93). Patient's sociodemographic information, diseases, use of medications, presence of chronic pain, affecting conditions and treatment applied for chronic pain, and Geriatric Pain Scale were evaluated.

Results: The females integrated in this study were 272 with a rate of 59.6%. Regarding the geriatric pain scale 61.2% (n:279) had a mild pain while the other 18.6% (n:85) had severe pain. The 87.7% were in medication of analgesics for their chronic pain. The patient's knowledge of the use of medications was with a rate of 43.9% (n:200). We founded a statistically significant relationship between the chronic pain and female gender ($p<0.001$), older age ($p=0.012$), smoking users ($p=0.01$), nonsteroidal antiinflammatory drug users ($p=0.003$) and individuals with higher mass body index ($p=0.016$).

Conclusion: Chronic pain in the elderly is a common complaint. The presence of pain disrupts the quality of life and puts additional burdens on the healthcare system. Detecting preventable situations that cause pain and increases severity, giving importance to non-drug treatments, increasing health literacy about the drugs used, implementing effective policies against diseases will reduce the severity of chronic pain, increasing the quality of life and significantly reducing health costs.

Keywords: chronic pain, elderly, risk factors, primary care

Received/Geliş: 05.04.2021

Accepted/Kabul: 13.08.2021

Publication date: 13.09.2021

Corresponding Author:

Ö. Sezer

ORCID: 0000-0001-5073-3905

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Edirne - Türkiye

✉ ondersezerdr@gmail.com

D. Devran

ORCID: 0000-0001-5578-9051

Akyaka Aile Sağlığı Merkezi,

Kars, Türkiye

H.N. Dağdeviren

ORCID: 0000-0001-5428-4377

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Edirne, Türkiye

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), "65 yaş ve üzeri" dönemi yaşlılık olarak kabul etmektedir. Yaşlı popülasyon kendi içerisinde de üç alt gruba ayrılmıştır; 65-74 yaş grubu "genç yaşlı", 75-84 yaş grubu "orta yaşlı", 85 ve üzeri yaş grubu "ileri yaşlı" olarak tanımlanmaktadır.^[1]

Yaşlılar daha sık hastalanmakta, daha fazla kronik hastalık veya sorun ile yaşamak zorunda kalmaktadırlar.^[2] Yaşlıların sık karşılaştıkları sorunlardan biri de ağrıdır.

Ağrı, potansiyel ya da var olan doku harabiyetine bağlı hoş olmayan sensoryal ve duygusal deneyim olarak tanımlanmaktadır.^[3] Kronik ağrı ise beklenen sürede iyileşmeyen veya 6 aydan uzun süren ağrı olarak tanımlanmaktadır.^[4]

Ağrı prevalansı ilerleyen yaşla birlikte artmaktadır. Yaşlılarda ağrı cinsiyet, eğitim, yaş, beden kitle indeksi (BKİ), daha çok ilaç kullanımı gibi durumlar ile etkileşmektedir.^[5,6,7] Aynı zamanda sosyal aktivitede azalma, beslenme bozukluğu, anksiyete, yürüme ve uyku bozuklukları, dikkat eksikliği, depresyon, hareket kısıtlılığı ve düşme, sağlık bakım maliyetlerinde artış, polifarmasi gibi sorunları da beraberinde getirerek, yaşam kalitesinde azalmaya sebep olmaktadır.^[5,6]

Ağrının sık sebeplerinden olan kronik hastalıklar, yönetimi zorlu olan sağlığı koruma ve geliştirme davranışı da olumsuz etkilemektedir.^[8,9] Bu sebeple, ağrının ve kronik hastalıkların yönetimi için etkili bir biyopsikososyal yaklaşım gerekmektedir.^[10]

Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların ve başka problemlerin sayısı ve görülme sıklığı artar ve bu sebepten çok miktarda ilaç kullanılabilir. 75 yaş üzeri kişilerde %35-40 civarında görülen polifarmasi bile ekonomiye getirdiği yük açısından ciddi önem arz etmektedir. İlaçların bu şekilde bilinçsizce kullanılması, ilaçların yan etkilerinin ayrıca başlı başına bir risk faktörü olmasıyla sonuçlanır.^[11]

İlaçların çoklu kullanımları veya az sayıda ve olması gerekenden düşük dozda kullanımları da yaşlılar için sık karşılaşılan sorunlardır. Bu sorunlar yaşlıların yeterli bilgilendirilmemesi veya iletişimi bozan sebepler nedeniyle oluşmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı bu durumların hepsine hitap etmelidir. Bakım hedeflerinin belirlenmesi esnasında yaşam kalitesini öne çıkarmak, vakaların

çoğunda problemin çözülmesini sağlayabilir.^[11]

Çalışmamızda 65 yaş üzeri kronik ağrısı bulunan bireylerin ağrı şiddetinin, sosyodemografik özelliklerinin ve etkileyen durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmanın evrenini, Edirne il merkezindeki 23 Aile Sağlığı Merkezine bağlı 18598 kişi oluşturmaktadır. Çalışmada minimum örneklem hacmi hesaplaması için yaşlıda kronik ağrı prevalansı %50 olarak alınmıştır.^[12] Edirne il merkezindeki 23 aile sağlığı merkezine kayıtlı 65 yaş ve üzeri nüfusta, %1 fark %95 güvenilirlikle anlamlı bulmak için en az 368 bireyin çalışmaya alınması hesaplanmıştır. Aile Hekimliği Birimi başına düşen nüfusa göre tabakalandırma yapılmış ve gönüllü 272 kadın ve 184 erkek olmak üzere 456 olgu ile görüşülmüştür.

Etik kurul onayı ve Edirne İl Sağlık Müdürlüğü onayı alındıktan sonra 8 Ekim 2018-1 Nisan 2019 tarihleri arasında Edirne il merkezinde çalışma yürütülmüştür.

Araştırmamıza katılmayı kabul eden katılımcılara öncelikle kronik ağrı tanımlanmış, kronik ağrı varlığında çalışmaya dahil edilmişlerdir. Katılımcılara sunulan ankette katılımcıların sosyodemografik bilgileri, hastalıkları, kullandıkları ilaçları, kronik ağrı varlığı ve etkileyen durumları, kronik ağrıları için uygulanmış tıbbi tedavileri sorgulayan 45 soru bulunmaktadır. Ek olarak yaşlı bireylerin ağrı durumlarını değerlendiren, Ferrel ve ark.^[13] tarafından geliştirilmiş 24 soruluk Geriatrik Ağrı Ölçeği (GAÖ) uygulanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Dursun G.^[14] tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak tespit edilmiştir. GAÖ, 0-100 aralığında puanlanmakta; 30'dan küçük puan hafif ağrı; 30-69 puan arası orta ağrı; 70 puan ve üzeri şiddetli ağrı olarak değerlendirilmektedir.

İstatistiksel analizler SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences, versiyon 20) programı kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel yöntemler olarak tanımlayıcı istatistikler, ki-kare ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterilmiştir. $p < 0,05$ olduğunda anlamlı, $p \geq 0,05$ olduğunda anlamsız kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmamıza kronik ağrısı olan toplam 456 yaşlı birey katılmıştır. Bu katılımcılardan 272'si (%59,6) kadın, 184'ü (%40,4) ise erkektir. Katılımcıların yaş ortalaması $71,19 \pm 6,27$, minimum yaş 65 ve maksimum yaş 93 şeklindedir.

Katılımcıların 317'sinin (%69,5) evli, 29'unun (%6,4) bekar, 110'unun (%24,1) dul olduğu saptanmıştır.

Eğitim durumu değerlendirildiğinde 32 (%7) katılımcının okur yazar olmadığı, 15'inin (%3,3) okur yazar, 207'sinin (%45,4) ilkökul mezunu, 48'inin (%10,5) ortaokul mezunu, 70'inin (%15,4) lise mezunu, 84'ünün (%18,4) üniversite ve üzeri eğitime sahip olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların 35'inin (%7,7) halen çalıştığı, 165'inin (%36,2) işsiz, 256'sının (%56,1) emekli olduğu ve çalışmadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların kronik hastalıklarına göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların kronik hastalıklarına göre dağılımı.

Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	2	0,4
Hipertansiyon	314	68,9
Osteoartrit	200	43,8
Diyabetes Mellitus	185	40,6
Bel Fıtığı	151	33,1
Sinir Sistemi Hastalıkları	86	18,8
Boyun Fıtığı	85	18,6
Osteoporoz	82	17,9
Ürogenital Sistem Hastalıkları	63	13,8
Sindirim Sistemi Hastalıkları	49	10,7
Kan Hastalıkları	48	10,5
Solunum Sistemi Hastalıkları	44	9,6
Psikiyatrik Hastalıklar	40	8,7
Diğer Hastalıklar	89	19,5

*Bazı katılımcıların birden fazla kronik hastalığı vardır.

Katılımcılara kronik ağrısı hissettikleri yer sorulduğunda, 208'inin (%45,6) ilk sırada diz ağrısı, ikinci sırada ise 163'ünün (%35,7) bel ağrısı çektiği tespit edilmiştir. Katılımcıların ağrılarının olduğu bölgeye göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcılar GAÖ puanına göre hafif ağrısı olan, orta şiddette ağrısı olan ve şiddetli ağrısı olanlar olarak ayrılmıştır. GAÖ puanına göre frekanslar Tablo 3'te verilmiştir. Kadınlarda ortalama GAÖ puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Aynı şekilde yaş arttıkça da ağrı şiddetinin arttığı tespit edilmiştir ($p = 0,012$).

Tablo 2. Katılımcıların ağrılarının olduğu bölgeye göre dağılımı.

Ağrı bölgesi	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Diz	208	45,6
Bel	163	35,7
Ayak-Bacak	154	33,8
Baş-Boyun	89	19,5
El- Kol	73	16,0
Karın	9	2,0
Diğer	20	4,4

*Bazı katılımcılar birden fazla bölge belirtmişlerdir.

Tablo 3. Ağrı şiddetinin geriatrik ağrı ölçeğine göre dağılımı.

Ağrı şiddeti	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Hafif	92	20,2
Orta	279	61,2
Şiddetli	85	18,6
Toplam	456	100

Yaşlıların 262'si (%57,4) ağrılarını başlatan durum olarak, 259'u (%56,7) ise ağrıyı kötüleştiren durum olarak ağır iş veya aktivite olduğunu belirtmiştir. Hafif, orta ve şiddetli ağrı sınıflandırmasına göre bakıldığında, sadece ayakta kalmak istatistiksel anlamlıdır ve şiddetli ağrıyı arttırmaktadır ($p = 0,025$). Ağrıyı başlatan veya kötüleştiren durumlara göre dağılım Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların kronik hastalıklarına göre dağılımı.

Durum	Başlatan n (%)	Kötüleştiren n (%)
Yok	23 (5,0)	24 (5,3)
Ani hareket	197 (43,2)	186 (40,7)
Yük taşımak/kaldırmak	216 (47,3)	228 (50,0)
Travma/Düşme	101 (22,1)	97 (21,2)
Ağır iş/aktivite	262 (57,4)	259 (56,7)
Sıcaklık değişimi	40 (8,7)	44 (9,6)
Ayakta kalmak	97 (21,2)	109 (23,9)
Merdiven inmek/çıkma	33 (7,2)	31 (6,7)
Yürümek	48 (10,5)	48 (10,5)
Diğer	100 (21,9)	70 (15,3)

*Bazı katılımcılar birden fazla durum belirtmişlerdir.

Katılımcılara ağrı sebebiyle günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştıran kullandıkları yardımcı aletler sorulduğunda 358'i (%78,5) herhangi bir alet kullanmadığını, 2'si (%0,4) tekerlekli sandalye, 70'i (%15,4) baston, 4'ü (%0,9) yürüteç, 22'si (%4,8) diğer aletleri kullandıklarını belirtmişlerdir. Tekerlekli sandalye kullananlarda GAÖ puanının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,001$).

Ağrı sebebiyle doktora gidip gitmedikleri sorulduğunda 36'sı (%7,9) hayır diye cevap verirken, 420'si (%92,1) evet cevabını vermiştir ve GAÖ puanı ile anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Ağrıları nedeniyle 406 (%89) kişiye radyolojik görüntüleme yapılmış; 59'una (%12,9) tanı konamamış, 397'sine (%87,1) ise tanı konmuştur. Mevcut hastalıklar ile GAÖ puanı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (her bir hastalık için $p>0,05$).

Ağrı nedeniyle uygulanan tedaviler sorulduğunda 27 (%5,9) katılımcı herhangi bir tedavi almadığını belirtmişken, 400 (%87,7) katılımcı ilaç tedavisi, 74'ü (%16,2) spor, 23 (%5) katılımcı masaj, 5 (%1) katılımcı akupunktur, 85 (%18,6) katılımcı sıcak uygulama, 42 (%9,2) katılımcı soğuk uygulama, 7 (%1,5) katılımcı Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarılması (TENS) tedavisi, 125 (%27,4) katılımcı fizik tedavi, 29 (%6,3) katılımcı ameliyat cevabını vermiştir. Kullanılan ilaç sayısı ile GAÖ puanı pozitif yönde anlamlı olarak artmaktadır ($p=0,006$).

Ağrı nedeniyle önerilen tedavilere düzenli devam edip etmedikleri sorulduğunda 122'si (%26,8) düzenli devam etmediğini, 334'ü (%73,2) verilen tedavilere düzenli devam ettiğini söylemiştir. GAÖ puanı ve düzenli ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p=0,069$).

Katılımcılara kullandıkları ilaçlar sorulduğunda, Yapısal Tedavi Edici Kimyasallar Sınıflaması'na (ATC) göre 269 (%59) ile sinir sistemi ve metabolizma ilaçları ilk sırada tespit edilmiştir. Bunun sebebi, ağrı nedeniyle kullanılan parasetamol, antidepresan ve antiepileptik ilaçların ATC sınıflamasına göre bu grupta sayılmasıdır. Aynı

Tablo 5. Katılımcıların ATC sınıflamasına göre kullandıkları ilaçların dağılımı.

İlaç grupları	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Sindirim sistemi ve Metabolizma	269	59,0
Kan ve kan yapıcı organlar	143	31,4
Kardiyovasküler sistem	345	75,7
Dermatolojik ilaçlar	19	4,2
Genitoüriner sistem ve cinsiyet hormonları	50	11,0
Cinsiyet hormonları hariç sistemik hormonal ürünler	48	10,5
Sistemik kullanım için genel anti infektifler	16	3,5
Antineoplastik ve immünomodülatör ajanlar	8	1,8
Kas-iskelet sistemi	259	56,8
Sinir sistemi	192	42,1
Antiparazitik ürünler	13	2,9
Solunum sistemi	68	14,9
Duyu organları	18	3,9
Diğer	2	0,4

*Bazı katılımcılar birden fazla ilaç kullanmaktadır.

zamanda kas iskelet sistemi ilaçları kullanımının 259 kişi (%56,8) ile yüksek çıkma sebebi, non-steroid anti-inflamatuar ilaçların (NSAİ) da ATC'ye göre bu grupta sayılmasıdır. Kullanılan ilaçlar sorgulandığında hafif ağrısı olanların daha çok NSAİ kullandığı ($p=0,003$), parasetamol kullanımında ise ağrı şiddetine göre anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p=0,341$). Katılımcıların kullandıkları ilaçlara göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir.

Ağrı şiddetini azaltan ve bu sebeple de kullanılan anti-depresan, antiepileptik ve D vitamini preparatları kullanımının ağrı şiddeti ile ilişkisi tespit edilememiştir (sırasıyla $p=0,373$, $p=0,301$, $p=0,08$).

Katılımcılara kullandıkları ilaçlar hakkında yeterli bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda 200 katılımcı (%43,9) yeterli bilgisinin olduğunu, 114'ü (%25) kararsız olduğunu, 142'si (%31,1) kullandıkları ilaçlar konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını belirtmiştir. İlaçların yan etkileri konusunda bilgi verilip vermediği sorulduğunda ise 252'si (%55,3) bilgi verildiğini söylerken, 204'ü (%44,7) ilaç yan etkileri konusunda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Ağrı şiddetine göre sigara ve alkol kullanma durumları sorgulandığında, alkol kullanımının değişmediği ($p>0,05$), ancak şiddetli ağrısı olanların daha çok sigara içtiği ($p=0,01$) saptanmıştır.

Katılımcıların beden kitle indeksi ortalaması $30,07\pm 5,30$ 'dur (minimum: 16,26; maksimum: 46,66). BKİ arttıkça ağrının şiddetlendiği tespit edilmiştir ($p=0,016$).

TARTIŞMA

Yaşlılarda sık görülen semptomlardan biri de ağrıdır. Kronik ağrı yaşlılarda ağrının daha az algılanmasına sebep olur ve yaşlılarda gençlerden daha sık görülür. Ağrı eğer tedavi edilmemişse uyku ve iştah bozuklukları, kilo kaybı, depresyon, bilişsel bozulma, hareket bozuklukları, anksiyete, sosyal izolasyon, işlevsellikte azalma gibi çok sayıda soruna sebep olabilir. Bu sorunlar da yaşlının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler ve sağlık harcamalarında artışa sebep olur.^[15]

Çalışmamızda katılımcıların %20,2'sinin (n=92) hafif şiddette ağrısı, %61,2'sinin (n=279) orta şiddette ağrısı, %18,6'sının (n=85) şiddetli ağrısı olduğu sap-

tanmıştır. Ağrı şiddeti ile cinsiyet arasındaki ilişkinin de anlamlı olduğu saptanmıştır. Kadınlarda şiddetli ağrı daha fazla görülmektedir. Woo ve ark.'larının^[16] Çin'de yaptıkları bir çalışmada kadınlarda ağrının erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır, bunun sebebi olarak kadınlarda osteoporozun sık görülen ve ağrıya yol açan bir hastalık olması düşünülmüştür. Geriatrik yaş grubunda osteoporozlu kadınlar üzerinde geriatrik ağrı ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada katılımcıların %6,7 sinin hafif şiddette ağrısı, %67,3'ünün orta şiddette ağrısı, %26'sının şiddetli ağrısının olduğu bulunmuştur.^[17] Çalışmamızda ağrı şiddetinin bu çalışmaya göre daha düşük tespit edilmesinin sebebi osteoporoz gibi tek bir hastalığa bağlı kalınmadan yapılmış olmasıdır.

Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması 71,19±6,027, minimum yaş 65 ve maksimum yaş 93 şeklindedir. Katılımcıların yaşı ile GAÖ arasındaki ilişki anlamlı saptanmıştır. Yaş arttıkça ağrı şiddetinin artmakta olduğu görülmektedir. Yaş ve ağrı şiddeti arasında ilişki tespit edilmeyen çalışmalar olmasına rağmen^[18,19]; bizim çalışmamızda olduğu gibi yaş alma ile kas iskelet sistemi deformasyonunun artması, ek hastalıkların daha fazla görülmesi nedeniyle, yaş artışının ağrı şiddetini arttırdığını savunan çalışmalar da mevcuttur.^[20]

Çalışmamızda medeni durum ile ağrının ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Eşi ölmüş/eşinden boşanmış olan katılımcılarda şiddetli ağrının daha sık olduğu saptanmıştır. Benzer sonuç Tanrıverdi ve ark.'larının^[21] yaptığı çalışmada da tespit edilmiştir. Yaşlılık döneminde eş yoksunluğu ve yalnızlığın psikolojik durumu olumsuz yönde etkilemesi, ağrının daha şiddetli hissedilmesine yol açabilmektedir.

Yaşlıların eğitim düzeyi ile GAÖ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. Okur yazar olmayan katılımcılarda şiddetli ağrı fazla görülürken, üniversite ve üzeri eğitim düzeyinde sahip olanlarda şiddetli ağrı daha az bulunmuştur. Blyth ve ark.'larının^[22] yaptığı çalışmada da benzer şekilde düşük eğitim düzeyi bulunanlarda ağrı şiddeti daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada düşük eğitim düzeyi olanlarda ağrının daha fazla olduğu, eğitim seviyesi arttıkça ağrı şiddetinin azaldığı bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça, sağlık konusundaki farkındalık da artar, hastalıklar ile mücadele kolaylaşır, verilen tedaviler daha iyi anlaşılır ve uygulanabilir; böylece ağrı şiddetinin azalması, hayat kalitesinin artması sağlanabilir.

Kişilerin ağrıyı en fazla hissettikleri yerler yükün en çok bindiği diz ve bel eklemleri olarak görülmüştür. Yaşlıların eklemlere yük bindirecek obezite, ağır egzersiz, yük taşıma gibi durumlardan uzak olmaları ağrı şiddetini azaltacak ve yaşam kalitesini arttıracaktır.^[23,24]

Sonuçlarımıza göre ağrısı şiddetli olan kişiler daha çok doktora gitmekte, kendilerine daha fazla görüntüleme yapılmakta, daha çok yardımcı araç kullanılmaktadır. Tüm yapılanlara rağmen, yaşlıların %12,9'una ağrıya sebep olan hastalığın tanısı konamamıştır. Ağrı ile birlikte sağlık maliyetleri de artmaktadır. Ağrıyı azaltabilecek her türlü girişim, sağlık maliyetlerinde de düzelmeye sağlayacaktır. Özellikle ayakta kalmak şiddetli ağrıyı arttırmaktadır ve ağrısı olan bireylerde sorgulanarak gerekli önlemler alınmalıdır.

Ağrı şiddeti arttıkça beklendiği üzere kişilerin hareket kabiliyetleri kısıtlanmakta, yardımcı alet kullanımı artmaktadır. Tekerlekli sandalye kullanan yaşlılarda ağrının anlamlı olarak daha şiddetli olduğu tespit edilmiştir. Sandalye kullanımı başladıktan sonra da özellikle omuz ve boyun olmak üzere, üst beden yarısında ağrı şiddetinin arttığı tespit edilmiştir ve yaşam kalitesini bozmaktadır. Bu aşamaya gelmeden önce ağrı kontrol altına alınmalı, tekerlekli sandalye kullanması zorunlu bireylerde de ağrının daha fazla olduğu unutulmayarak önlem alınmalıdır.^[25]

Kronik ağrı yaşlılarda doktora gitme sıklığını arttırmakta, tanı koymak için görüntüleme sayısını ve maliyetlerini yükseltmektedir.^[26] Başarılı bir ağrı yönetimi ile maliyetlerin ciddi olarak düşmesi sağlanabilir.

Ek kronik hastalıkların etkisi sorgulandığında, bu hastalıkların ağrı şiddetini etkilemediği tespit edilmiştir. Ülkemizde, daha fazla katılımcı ile yapılacak araştırmalarda, tek tek hastalıkların ağrı üzerine etkisi daha iyi ortaya konabilir.

Katılımcıların ağrı nedeniyle hangi tedavileri kullandıkları sorgulandığında, ilaçlar %87,7 gibi çok yüksek bir oranla ilk sırayı almıştır. Bunun sebebi, hastaların artmış ilaç talebi, yaşam tarzı değişikliği uygulamalarının zor olması ve hekimlerin kolay yola kaçmaları olabilir. Aynı zamanda GAÖ puanı ve kullanılan ilaç sayısı arasında istatistiksel anlamlı, pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır. Kronik hastalıklar ve ilaç kullanımı konusunu araştıran makaleler olmasına rağmen, bunları ağrı

ekseninde birleştirebilen çok az sayıda çalışma mevcuttur.^[27] Türkiye’de bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç vardır. %26,8 ile önerilen tedavilere düzenli devam etmeme durumu, kaynağın daha çok yaşlıların kendileri olduğunu düşündürmektedir.

Kullanılan ilaçlar incelendiğinde beklendiği üzere en çok NSAİ ve parasetamol tespit edilmiş, NSAİ ilaçların hafif şiddette ağrıda daha çok kullanıldığı tespit edilmiş; parasetamol kullanımında ise anlamlı fark bulunmamıştır. Kuijpers ve ark.’larının^[28] 2011’de yayınlanan derlemesinde ağrı şiddeti üzerine etki açısından NSAİ ile plasebo karşılaştırıldığında, NSAİ ilaçların plaseboya göre ağrı şiddeti üzerinde etkili olduğuna dair düşük düzeyde kanıt saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bunu destekler şekilde, NSAİ ilaçların sadece hafif şiddette ağrılarda kullanıldığı saptanmıştır. Ağrı şiddetini azaltan ve bu sebeple de kullanılan antidepresan, anti-epileptik, D vitamini preparatlarının kullanımının ağrı şiddeti ile ilişkisi tespit edilmemiştir. Özellikle şiddetli ağrılarda daha çok kullanılan bu preparatların ağrı için kullanımı konusunda doktorlarda farkındalık yaratılabilir; doğru endikasyon ile kullanımlarında ağrı şiddeti azaltılabilir. Çalışmamızda steroid ve opioid türevi kullanan az hasta olması nedeniyle, hesaplamalara dahil edilmemiştir.

Katılımcılarına kullandıkları ağrı kesici ilaçlar ile yeterli bilgiye sahip olduklarını hissedip hissetmedikleri sorulduğunda, sadece %43,9’u yeterli bilgisi olduğunu, %44,7’si yan etkiler ile ilgili bilgilendirilmediğini söylemiştir. Barat ve ark.’nın^[29] çalışmasında hastaların %60’ının tedavileri ile ilgili bilgileri olduğu, %5’inin ise yan etkiler ile ilgili bilgisi olduğu tespit edilmiştir. Hastalara bilgi verilmesi hekim-hasta ilişkisinin bir parçasıdır; sonuçlarımız hekimlerin bu konuda daha dikkatli ve özenli olmaları gerektiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda ayrıca sigaranın şiddetli ağrı varlığı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. İlk bakışta şiddetli ağrısı olanların daha fazla sigara içtiği düşünülse de, yapılan çalışmalarda sigaranın ağrı şiddetini ve sıklığını arttırdığı tespit edilmiştir.^[30] Bu sebeple sigara ile mücadelelenin, aynı zamanda ağrı ile mücadele etmek olduğu unutulmamalıdır.

Katılımcıların BKİ ölçümleri ile GAÖ puanları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. BKİ arttıkça ağrı şiddetinin de artmakta olduğu görülmektedir. Wright ve

ark’larının^[31] yaptığı çalışmada BKİ artışı ile sırt, abdominal bölge, baş ağrısı ve fibromiyalji ağrısının da arttığı tespit edilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, BKİ arttıkça eklemlere ek yük binmekte, lomber vertebra- larde dejenerasyon ve bel ağrıları artmakta, postür bozukluğu ve hareket kısıtlılığı olduğu düşünülmektedir. Tablo 2’de verilen ağrı görülme bölgeleri de sonuçlarımızı desteklemektedir. Obezite ile mücadele kapsamında gerçekleştirilen tüm etkili programlar, aynı zamanda yaşlıların ağrılarını azaltacak, hayat kalitelerini de arttıracaktır. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayınlanan “Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı 2010-2014”ün sonuçlarının acilen değerlendirilerek, yeni ve etkili programlar geliştirilmesi gereklidir.^[32]

Ağrı düzeyi, kronik hastalıkların varlığı ve ilaç kullanımı birbirinden etkilenen faktörler olduğu için, bu ilişkiyi saptayabilmek amacıyla daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır. Aynı zamanda ilaç kullanımı çok yüksek oranda olduğu için, çalışmamızda ilaç dışı tedavilerin etkinliği değerlendirilememiştir.

SONUÇ

Yaşlı bireylerin sağlık durumlarının belirlenmesi, kullandıkları ilaçlar ve bu ilaçlara bireylerin ne kadar gereksinimlerinin olduğunun tespiti, ağrıya sebep olan ve ağrı şiddetini arttıran durumlar, obezite ile mücadele, kişinin kullandığı ilaçlar ile ilgili bilgi sahibi olması, sigara ile mücadele yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ve sağlık durumlarını olumlu yönde etkileyecektir. Bu konu üzerinde hasta okuryazarlığını arttıracak girişimler sağlık maliyetlerinde azalma sağlayacaktır. Tüm bu öğeler en başarılı şekilde birinci basamakta, eğitilmiş aile hekimleri tarafından gerçekleştirilebilir.

Etik Kurul Onayı: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 01.10.2018 tarihinde 2018/289 sayı ile etik onay alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Katılımcılardan çalışma öncesinde sözlü onam alınmıştır.

Ethics Committee Approval: Authorization was obtained from the Scientific Research Ethics Committee of Trakya University on 1 October 2018 with the number 2018/289.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Verbal consent was received from the participants before the study.

KAYNAKLAR

- Tezcan S, Seçkiner P. Türkiye'de demografik değişim; yaşlılık perspektifi. Aslan D, Ertem M (Editörler). Yaşlı sağlığı sorunları ve çözümler. Ankara, Palme Yayıncılık, 2012;1-3.
- Kurt G, Yücel Beyaztaş F, Erkol Z. Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. Adli Tıp Dergisi. 2010;24(2):32-9.
- The International Association for the Study of Pain. IASP terminology. <http://www.iasp-pain.org/Education/content.aspx?ItemNumber=1698> adresinden 15/01/2019 tarihinde erişilmiştir.
- Weiner DK. Office management of chronic pain in the elderly. Am J Med. 2007;120(4):306-15. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2006.05.048>
- Mallon T, Ernst A, Brettschneider C, et al. Prevalence of pain and its associated factors among the oldest-olds in different care settings - results of the AgeQualiDe study. BMC Fam Pract. 2018;19:85. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0768-8>
- Martinen MK, Kautiainen H, Haanpaa M, et al. Pain-related factors in older adults. Scandinavian Journal of Pain. 2019;19(4):797-803. <https://doi.org/10.1515/sjpain-2019-0039>
- Samper-Ternent R, Gonzalez-Gonzalez C, Zazueta JD, Wong R. Factors associated with pain at the end-of-life among older adults in Mexico. 2021;191:68-77. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.11.025>
- Çilingir D, Bulut E. Yaşlı bireylerde ağrıya yaklaşım. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20:2.
- Wyles H, Rehman H. Inappropriate polypharmacy in the elderly. European Journal of Internal Medicine. 2005;16(5):311-3. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2005.02.006>
- McCormick T, Law S. Assessment of acute and chronic pain. Anaesthesia & Intensive Care Medicine. 2018;17(9):421-4. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2016.06.007>
- Bahat G, Akpınar T, Tufan F, et al. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı. J Gerontol Geriatrik Arş. 2012;1(1):2-8.
- Demir Saka S, Gözüm S. Toplumda yaşayan yaşlılarda ağrı prevalansı ve ağrı öz yönetim uygulamaları. Cukurova Med J. 2020;45(2):595-603. <https://doi.org/10.17826/cumj.639994>
- Ferrell BA, Stein WM, Beck JC. The geriatric pain measure: validity, reliability and factor analysis. J Am Geriatr Soc. 2000;48(12):1669-73. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03881.x>
- Dursun G. Yaşlı Bireylerde Geriatrik Ağrı Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması (Yüksek lisans tezi). Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.
- Öztürk GB, Karan MA. Yaşlıda ağrıya yaklaşım. Akad Geriatri. 2009;1:31.
- Woo J, Leung J, Lau E. Prevalence and correlates of musculoskeletal pain in Chinese elderly and the impact on 4-year physical function and quality of life. Public Health. 2009;123(8):549-56. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.07.006>
- Kapucu S, Ünver G. Pain and frailty in elderly females with osteoporosis. Turkish Journal of Geriatrics. 2017;20(4):306-14.
- Miro J, Paredes S, Rull M, et al. Pain in older adults: a prevalence study in the Mediterranean region of Catalonia. European Journal of Pain. 2007;11(1):83-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2006.01.001>
- Dogan N, Goris S. The effect of pain levels and pain beliefs of elderly people living in nursing home on quality of life. International Journal of Caring Sciences. 2018;11(2):947-54.
- Rustoen T, Wahl AK, Hanestad BR, Lerdal A, Paul S, Miaskowski C. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. The Clinical Journal of Pain. 2005;21(6):513-23. <https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000146217.31780.ef>
- Tanrıverdi G, Okanlı A, Çetin H, et al. Yaşlı popülasyonunda ağrı. Turkish Journal of Geriatrics. 2009;12(4):190-7.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: a prevalence study. Pain. 2001;89(2-3):127-34. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(00\)00355-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(00)00355-9)
- Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Solovieva S, Viikari-Juntura E. The association between obesity and low back pain: a meta-analysis. American Journal of Epidemiology. 2010;171(2):135-54. <https://doi.org/10.1093/aje/kwp356>
- Okifuji A, Hare BD. The association between chronic pain and obesity. J Pain Res. 2015;8:399-408. <https://doi.org/10.2147/JPR.S55598>
- Schneider J, Algharably EAE, Budnick A, Wenzel A, Dräger D, Kreutz R. High prevalence of multimorbidity and polypharmacy in elderly patients with chronic pain receiving home care are associated with multiple medication-related problems. Front Pharmacol. 2021;12:686990. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.686990>
- Phillips CJ. Economic burden of chronic pain. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 2006;6:591-601. <https://doi.org/10.1586/14737167.6.5.591>
- Boninger ML, Cooper RA, Fitzgerald SG, et al. Investigating neck pain in wheelchair users. Am J Phys Med Rehabil. 2003;82(3):197-202. <https://doi.org/10.1097/01.PHM.0000054217.17816.DD>
- Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein S, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. Eur Spine J. 2011;20(1):40-50. <https://doi.org/10.1007/s00586-010-1541-4>
- Barat I, Andreasen F, Damsgaard EMS. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. British Journal of Clinical Pharmacology. 2002;51(6):615-22. <https://doi.org/10.1046/j.0306-5251.2001.01401.x>
- De Vita MJ, Maisto SA, Ansell EB, Zale EL, Ditte JW. Pack-years of tobacco cigarette smoking as a predictor of spontaneous pain reporting and experimental pain reactivity. Exp Clin Psychopharmacol. 2019;27(6):552-60. <https://doi.org/10.1037/pha0000258>

31. Wright LJ, Schur E, Noonan C, Ahumada S, Buchwald D, Afari N. Chronic pain, overweight, and obesity: findings from a community-based twin registry. *The Journal of Pain*. 2010;11(7):628-35.
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2009.10.004>

32. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye obezite ile mücadele ve kontrol programı 2010-2014. http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/halk sag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf adresinden 02/04/2021 tarihinde erişilmiştir.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Anksiyete Düzeyleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Health Anxiety Levels and Healthy Lifestyle Behaviors of Çukurova University Medical Faculty Students

Özge Orhan Özgül[®], Esra Saatçi[®]

Atıf/Cite as: Orhan Özgül Ö. Saatçi E. Çukurova üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(3):84-90.

ÖZ

Amaç: Tıp fakültesi öğrencileri, geleceğin sağlık profesyonelleri oldukları için sağlık alanındaki tutum ve davranışları öncelikle kendilerini, ileriki yaşamlarında da ailelerini ve toplumu etkileyebilme potansiyeli açısından önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisini ve bunlara etki eden faktörleri değerlendirmektir.

Yöntem: Araştırmanın evrenini; 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan toplam 1886 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya 319 öğrenci dahil edilmiştir. Öğrenciler, 24 soruluk Sosyo-demografik Veri Formu, 18 sorudan oluşan Sağlık Anksiyetesini Envanteri (kısa versiyon) ve 48 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'ni (SYBDÖ) doldurmuşlardır. Veriler SPSS 23.0 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 319 öğrencinin %58,9'u kadın, %41,1'i erkek olup öğrencilerin yaş ortalaması 21,5±2,1 yıldır. Öğrencilerin Sağlık Anksiyetesini Envanteri (kısa versiyon) puan ortalaması 17,6±6,2 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin, kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri ile sağlık anksiyetesini arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (p=0,001). Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanı ise 192 puan üzerinden ortalama 120,1±18,1 olarak orta düzeyde bulunmuştur. Alt boyut puan ortalamaları, sırasıyla, kendini gerçekleştirme 35,9±5,9, sağlık sorumluluğu 21,7±4,9, fiziksel aktivite 9,7±3,6, beslenme 15,2±3,6, kişilerarası ilişkiler 20,3, stres yönetimi 17,3 olarak saptanmıştır. Erkek öğrencilerin SYBDÖ toplam puanları ve egzersiz ve stres yönetimi alt boyut puanları kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamıza katılan öğrencilerin sağlık anksiyetelerinin yüksek düzeyde olmadığı, orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında buldukları sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık anksiyete düzeyi artan öğrencilerin, daha az sağlıklı yaşam biçimi davranışında bulunduğu gözlenmiştir. Öğrenciler, kendi sağlık sorunlarını yönetebilmeleri için sağlığın geliştirilmesi konusunda güçlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık anksiyetesini, sağlıklı yaşam, tıp fakültesi, öğrenci, aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: Medical students' attitudes and behaviors are particularly important for themselves, their families and the society as the yare the health professionals of the future. The aim of this study was to investigate the relationship between health anxiety levels and healthy lifestyle behaviors of medical students in Cukurova University and there lated factors.

Methods: The study population consisted of 1886 medical students in Cukurova University during the 2018-2019 academic year. The study sample consisted of 319 medical students. The students completed a Socio-demographic Data Form consisting of 24 questions, Health Anxiety Inventory (short version) consisting of 18 questions and Healthy Lifestyle Behaviors Scale consisting of 48 questions. Data was analyzed using SPSS 23.0 package program.

Results: Of 319 students, 58.9% were female and 41.1% were male; the mean age was 21.5±2.1 years. The mean score of Health Anxiety inventory was 17.6±6.2. There was a significant relationship between self-perception of health and health anxiety (p=0.001). The total score of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale was 120.1±18.1 out of 192 indicating a moderate level. The mean scores of subdimensions were 35.9±5.9 for self actualisation, 21.7±4.9 for health responsibility, 9.7±3.6 for physical activity, 15.2±3.6 for nutrition, 20.3 for interpersonal relationships, and 17.3 for stress management, respectively. The total scores of the Healthy Lifestyle Behaviors Scale and the mean scores of exercise and stress management subscales were higher in male students than female students.

Conclusion: It was found out that the students did not have high levels of health anxiety and had moderate healthy lifestyle behavior levels. It was observed that students with increased levels of health anxiety had less healthy lifestyle behaviors. Students should be empowered about health promotion to enable them to have the ability for self-management.

Keywords: Health anxiety, healthy life, medical school, student, family medicine

© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.
© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 11.05.2021
Accepted/Kabul: 23.08.2021
Publication date: 13.09.2021

Corresponding Author:
Ö. Orhan Özgül
ORCID: 0000-0002-9624-8726
Gülpinar Aile Sağlığı Merkezi,
Adana, Türkiye
✉ drozgeorhan@gmail.com

E. Saatçi
ORCID: 0000-0003-4881-5906
Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı,
Adana, Türkiye

GİRİŞ

Üniversite dönemi, adölesandan yetişkinlik dönemine geçişin olduğu, bireylerin kişilik özellikleri ve karakterlerinin belirlendiği, birçok yeni davranışın kazanıldığı bir dönemdir.^[1] Bu dönemde gözlenen başlıca riskli davranışlar; sigara, alkol, madde kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel aktivite azlığı, cinsel yolla bulaşan hastalıklara ve istenmeyen gebeliklere neden olabilen şüpheli cinsel ilişki ve yaralanmalara neden olabilecek güvensiz davranışlar ile şiddet içeren davranışlardır.^[2-4]

Dünya Sağlık Örgütü verileri göstermektedir ki; gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'i, az gelişmiş ülkelerde ise ölümlerin %40-50'si yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan davranışlar nedeniyledir.^[5]

Sağlık anksiyetesi olan bireyler, sağlığı ile aşırı ilgilenir ve sürekli ciddi bir hastalığı olduğu ya da olacağını düşünür. Bedensel duyum ya da işlevlerindeki değişiklikleri abartarak bu hastalığın habercisi olarak nitelendirir, aşırı korku yaşarlar.^[6] Sağlık anksiyetelerini, yaşanan olumsuz olaylar (yakın bir akraba ya da arkadaşın ciddi bir hastalığa yakalanması gibi) ya da ortaya çıkan bazı durumlar tetikleyebilir.^[7]

Bu çalışmanın amacı, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeylerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkisini incelemek ve bunlara etki eden faktörleri belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu araştırma, Nisan-Mayıs 2019 tarihleri arasında 2018-2019 eğitim öğretim yılında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde eğitim görmekte olan öğrencilerle yapılmıştır. Araştırma evreni toplam 1886 öğrenciden oluşmakta olup örneklem büyüklüğü minimum 319 olarak hesaplanmıştır. En az 345 öğrencinin rastgele araştırmaya alınmasına karar verilmiştir. Anket formunu eksik dolduranlar dahil edilmemiştir.

Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan yaş, cinsiyet, aylık gelir, geçirilmiş hastalık varlığı, beslenme, egzersiz gibi bağımsız değişkenleri içeren 24 soruluk Sosyo-demografik Veri Formu ile bağımlı değişkenler; Sağlık Anksiyetesi Envanteri (kısa versiyon) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYDBÖ) aracılığıyla toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından; ders öncesinde ilgili öğretim üyesinden izin alınarak, dersin bitiminde öğrencilere çalışmanın amacı hakkında yüz yüze bilgi verilerek, katılmayı kabul edenlere uygulanan anketlerle toplanmıştır. Anket formları, öğrenciler

tarafından ortalama 7-8 dk.'da anonim olarak doldurulmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri, Salkovskis ve arkadaşları tarafından "Sağlık Anksiyete Düzeyi"ni ölçmek için geliştirilen, 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. İlk 14 madde, dört seçenek içerir ve katılımcıların ruhsal durumlarını sorgulamaktadır. Kalan dört madde ise, yine dört seçenek içerir, katılımcıların ciddi bir hastalığa sahip olduğu varsayımıyla ruhsal durumlarının nasıl olabileceği sorgulanmaktadır. Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puan düzeyi, yüksek düzeyde sağlık anksiyetesine sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin orijinal dili İngilizcedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, 2013 yılında Aydemir ve ark.^[8] tarafından yapılmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, 1987 yılında, Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak Walker ve ark.^[9] tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile birlikte sağlığı geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçek, tümü olumlu ifadeler içeren, toplam 48 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin; kişilerarası destek, beslenme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve egzersiz, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme olmak üzere altı alt-boyutu vardır. Her bir alt-boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçeğin değerlendirilmesinde "hiçbir zaman" 1, "bazen" 2, "sık sık" 3, "düzenli olarak" yanıtına 4 puan verilmiştir. En düşük puan 48, en yüksek puan 192'dir. Ölçeğin tümünün puanı Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları puanını verir. Ölçekten alınan puanların yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Orijinal dili İngilizcedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır.^[10] Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği 1996 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından tekrar çalışılarak revize edilmiş ve 52 sorudan oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olarak adlandırılmıştır.^[11] Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz/fizik aktivite, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimi alt-boyutları vardır.

Çalışma için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı ve anket formlarının uygulanması için gerekli izinler alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 23,0 paket programı kullanılmıştır. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse ortalama ve standart sapma olarak özetlenmiştir. Ölçeklerin güvenilirliği güvenilirlik analizi ile test edilmiş olup Cronbach alfa değeri ile

değerlendirilmiştir. Gruplar arasında sürekli ölçümlerin karşılaştırılmasında dağılımlar kontrol edilerek, değişken sayısına göre normal dağılım gösteren parametreler için tek yönlü varyans analizi ya da Student T Test, normal dağılım göstermeyen parametrelere de Kruskal Wallis Testi ya da Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Post-hoc karşılaştırmalarda Tukey Analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki korelasyon, Spearman'ın Korelasyon Katsayısı ile belirlenmiştir. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 319 öğrencinin %58,9'u (188 kişi) kadın, %41,1'i erkek, yaş ortalaması $21,5 \pm 2,1$ yıldır (min:18 -max:30).

Sağlık Anksiyetesi Envanteri'nin iç tutarlılığını belirlemek için güvenilirlik katsayısı incelenmiş ve Cronbach alfa değeri 0,81 (%95 GA 0,78-0,84) olarak hesaplanmıştır.

Çalışmamızda öğrencilerin Sağlık Anksiyetesi Envanteri ortalamasının $17,6 \pm 6,2$ (4-39) olduğu saptanmıştır. Bu puanlama öğrencilerde sağlık anksiyetesi olmadığı anlamına gelmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt boyutlara göre Cronbach alfa katsayıları hesaplanmış; kendini gerçekleştirme alt boyutu için Cronbach alfa katsayısı 0,84 (%95 GA 0,81-0,87), sağlık sorumluluğu için 0,78 (%95 GA 0,740,81), egzersiz için 0,82 (%95 GA 0,78-0,85), beslenme için 0,70 (%95 GA 0,650,75), kişiler arası destek için 0,73 (%95 GA 0,69-0,78) ve stres yönetimi için 0,71 (%95 GA 0,66-0,75) olarak saptanmıştır.

Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımları Tablo 1'de sunulmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile öğrencilerin cinsiyet, yaş, sınıf, beden kitle indeksi ve beden algısı arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

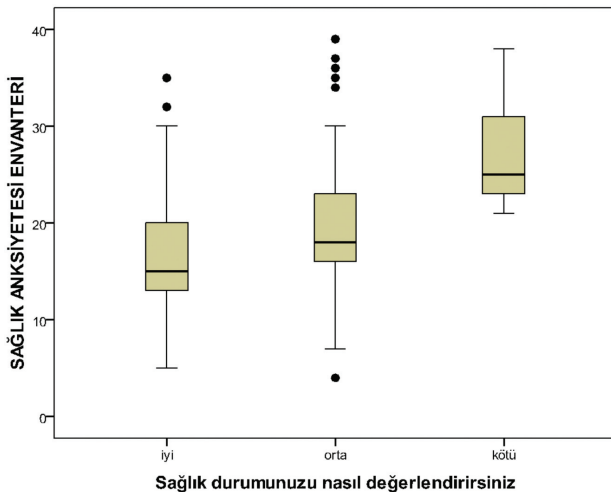
Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri arasında ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık durumu kötüleştikçe Sağlık Anksiyetesi Envanter puanlarının anlamlı olarak arttığı gözlenmiştir ($p=0,0001$) (Şekil 1).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanları ile

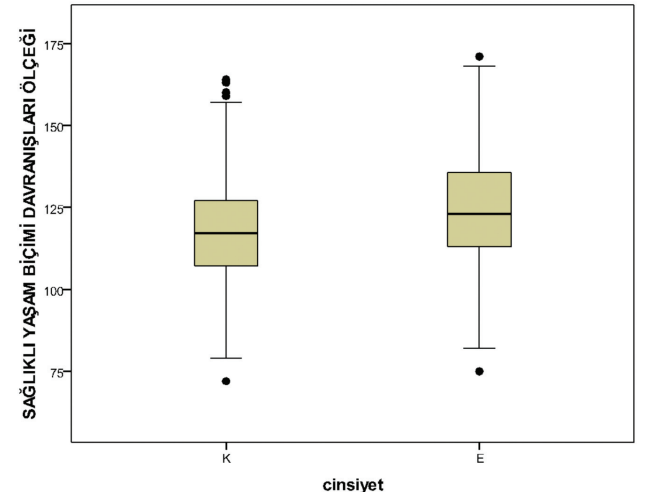
Tablo 1. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımları.

	Ortalama±SS	Medyan	Minimum	Maksimum
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam Puanı	120,1±18,1	119	72	177
Alt boyutlar				
Kendini gerçekleştirme	35,9±5,9	36	18	52
Sağlık sorumluluğu	21,7±4,9	21	10	38
Egzersiz	9,7±3,6	9	5	20
Beslenme	15,2±3,6	15	7	24
Kişiler arası destek	20,3	20	11	28
Stres yönetimi	17,3	17	8	28

SS: Standart Sapma



Şekil 1. Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını değerlendirmeleri ile Sağlık Anksiyetesi Envanter puanlarının dağılımı.



Şekil 2. Öğrencilerin cinsiyetleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanlarının dağılımı.

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı.

	Kadın Ort±SD	Minimum	Maximum	Erkek Ort±SD	Minimum	Maximum	p
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	117,9±17,9	72	177	123,2±17,9	75	171	0,011
Kendini Gerçekleştirme	35,4±5,9	18	52	36,6±5,8	21	50	0,074
Sağlık Sorumluluğu	21,3±4,9	10	38	22,3±4,9	12	36	0,082
Fiziksel aktivite	8,8±3,2	5	20	11,0±3,8	5	20	0,001
Beslenme	14,9±3,8	7	24	15,5±3,4	7	23	0,257
Kişilerarası İlişkiler	20,6±3,4	11	28	19,9±3,4	12	28	0,127
Stres Yönetimi	16,9±3,2	10	28	17,9±3,7	8	26	0,024

*Mann Whitney-U Testi

Tablo 3. Öğrencilerin sınıflarına göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı.

Sınıf	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi
1	119,4±18,2	35,9±6,2	20,8±4,4	10,2±3,9	15,6±3,9	19,8±3,8	17,1±3,6
2	118,9±18,6	35,5±5,9	21,1±5,5	9,8±3,6	14,9±3,7	20,4±3,5	17,1±3,5
3	118,4±17,5	35,8±5,8	21,1±4,2	9,0±3,4	15,4±3,5	19,8±3,6	17,3±2,9
4	118,0±17,4	35,1±5,6	21,1±4,1	9,6±3,1	14,5±3,4	20,3±3,1	17,3±3,6
5	122,6±20,2	36,9±6,6	22,8±5,4	9,5294	15,3±3,9	20,7±3,2	17,3±3,8
6	124,7±18,8	36,1±5,1	24,1±4,9	10,3±3,7	15,1±3,4	21,1±3,4	17,9±3,6
p	0,401	0,724	0,003	0,460	0,648	0,372	0,903

*Kruskal-Wallis Testi

öğrencilerin yaşları arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, cinsiyet ile anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,011). Erkek öğrencilerin puanlarının kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Şekil 2). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek toplam puanı ile beden kitle indeksi ve beden algısı arasında anlamlı ilişki saptanamamıştır. Beden algısı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği alt boyutlarından sadece kendini gerçekleştirme ve beslenme arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (sırasıyla; p=0,010 ve p=0,014). Kendini şişman bulan öğrencilerin, kendini gerçekleştirme ve beslenme puanları, diğerlerine göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır (sırasıyla; p=0,010 ve p=0,014).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin alt boyut puanlarının dağılımları incelendiğinde; cinsiyete göre sadece egzersiz ve stres yönetimi alt boyutlarının anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır (sırasıyla p=0,001 ve p=0,024). Bu iki alt boyutta da erkek öğrencilerin puanlarının kadınlara oranla anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam ve alt boyut puanları ile öğrencinin sınıfı arasındaki ilişki incelendiğinde alt boyutlardan sadece sağlık sorumluluğu ile öğrencilerin sınıfları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,003) (Tablo 3).

Öğrencilerin kendi sağlık durumlarını iyi, orta veya kötü olarak değerlendirmeleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Ölçeği toplam puanı (p=0,001), kendini gerçekleştirme puanı (p=0,001), egzersiz puanı (p=0,010), bes-

lenme puanı (p=0,030) ve stres yönetimi puanı (p=0,008) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Arasındaki İlişki

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puanları arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır (r=-0,18; p=0,002). Öğrencinin Sağlık Anksiyetesi Envanter puanı arttıkça Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek puanının düşmesi beklenmektedir.

Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında sadece kendini gerçekleştirme (r=-0,23; p=0,001), egzersiz (r=-0,19; p=0,001) ve stres yönetimi (r=-0,22; p=0,001) arasında ters yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin alt boyutlarının birbirleri ile korelasyonları incelendiğinde; kendini gerçekleştirme alt boyutu ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif (r=0,42; p=0,001), egzersiz alt boyutu arasında zayıf pozitif (r=0,33; p=0,001), beslenme alt boyutu arasında zayıf pozitif (r=0,32; p=0,001), kişiler arası destek alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif (r=0,49; p=0,001), stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif (r=0,59; p=0,001) korelasyon saptanmıştır.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ile egzersiz alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif (r=0,41; p=0,001), bes-

lenme alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif ($r=0,45$; $p=0,001$), kişiler arası destek alt boyutu arasında zayıf pozitif ($r=0,33$; $p=0,001$), stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,45$; $p=0,001$).

Egzersiz alt boyutu ile beslenme alt boyutu arasında zayıf pozitif ($r=0,37$; $p=0,001$), kişiler arası destek alt boyutu arasında zayıf pozitif ($r=0,019$; $p=0,001$), stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,43$; $p=0,001$).

Beslenme alt boyutu ile kişiler arası destek alt boyutu arasında zayıf pozitif ($r=0,019$; $p=0,001$), stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif ($r=0,39$; $p=0,001$) korelasyon saptanmıştır.

Kişiler arası destek alt boyutu ile stres yönetimi alt boyutu arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,43$; $p=0,001$).

TARTIŞMA

Literatür incelendiğinde; asistanlar, öğretim üyeleri, üniversite öğrencileri, hemşireler, gebeler, onkoloji hastaları, yaşlılar, ev kadınları gibi birçok farklı gruba Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği uygulanarak araştırmalar yapılmıştır.^[12-19] Bizim çalışmamıza ise gönüllü tıp fakültesi öğrencileri dahil edilmiştir. Sağlık Anksiyetesi Envanteri ile ilgili yapılan çalışmalar ise az sayıdadır.^[20-22] Sağlık anksiyete düzeyinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Gül ve ark.'nın, miyofasiyalağrı sendromu ile polikliniğe başvuran 66'sı kadın dördü erkek 70 hastaya Sağlık Anksiyetesi Envanteri uyguladığı çalışmada; yaş ortalaması $33,40 \pm 7,14$ yıl, toplam puan ortalaması $17,76 \pm 7,01$ olarak hesaplanmıştır. Ancak aynı çalışmada 65 kadın ve beş erkekten oluşan, yaş ortalaması $33,07 \pm 4,16$ yıl arasında değişen sağlıklı kontrol grubunun puan ortalaması $8,28 \pm 3,48$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında tıp fakültesi öğrencilerinin sağlık anksiyete düzeyleri, miyofasiyal ağrı sendromu olan hasta grubu ile benzerdir.^[20]

Yıldız'ın çalışmasında 48'i erkek 24'ü kadın olmak üzere 72 HIV pozitif hastanın yaş ortalaması $35,3 \pm 10,0$ yıl ve ölçek toplam puanı $22,1 \pm 9,5$ olarak hesaplanmıştır. Sağlıklı kontrol grubundaki 63 erkek ve 29 kadının ise yaş ortalaması $34,0 \pm 10,0$ yıl, ölçek toplam puanı $11,4 \pm 4,7$ olarak belirlenmiştir. Yine bizim çalışmamıza göre katılımcı sayısı daha az olmakla birlikte HIV pozitif hasta grubunun sağlık anksiyete düzeyi,

çalışmamızda saptanan sağlık anksiyete düzeyine yakındır.^[21]

Tyrer ve ark.^[22] ise yaptıkları çalışmada 21 ay boyunca farklı polikliniklere başvuran hastalara sağlık anksiyetesi envanteri kısa formu uygulanmış ve katılımcıların %19,8'inde sağlık anksiyetesinin artmış olduğu görülmüştür. Hastalıklara göre oranlara bakıldığında sırasıyla; nöroloji polikliniğinde %24,7, göğüs hastalıkları polikliniğinde %20,9, gastroenteroloji polikliniğinde %19,5, kardiyoloji polikliniğinde %19,1, endokrinoloji polikliniğinde %17,5 olarak değişmektedir.

Şimşek ve ark.'nın^[12] Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerine yaptığı çalışmada, cinsiyet, kronik hastalık varlığı, ebeveyn eğitim durumu hiçbir alt boyutu ve toplam puanı anlamlı olarak etkilemezken, çalışmamızda erkek öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği toplam puanı daha yüksek saptanmıştır.

Çelik ve ark.'nın^[13] yaptıkları çalışmada da alt boyutlar ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasına rağmen, yapılan çoğu çalışmada sağlık sorumluluğu alt boyutu başta olmak üzere kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi ve toplam puan kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ise cinsiyet ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu iki alt boyutta da erkek öğrencilerin puanları kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Ünal ve ark.'nın^[14] çalışmasında da erkeklerin kızlara göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla fiziksel aktivite yaptığı saptanmıştır. Çalışmamızda sağlık sorumluluğu alt boyutunda ise sınıflara göre anlamlı ilişki saptanmış olup altıncı sınıf öğrencilerin sağlık sorumluluğu ortalama puanı diğerlerinden daha yüksek hesaplanmıştır. Öğrencilerin tıp fakültesinden mezun olmaya yaklaştıkça sağlık bilinci artmaktadır.

Ünal ve ark.'nın^[14] çalışması ile Tuğut ve ark.'nın^[15] çalışmasında da sağlık algısı iyi olanların diğerlerine göre daha iyi beslendiği, daha fazla fiziksel aktivite yaptığı, stres yönetimlerinin daha iyi olduğu ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara bakıldığında çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir.

Ayaz ve ark.'nın^[16] hemşirelik yüksekokulu öğrencilerine yaptıkları çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalaması $122,0 \pm 17,2$ olarak bulunmuştur. Pasinlioğlu ve Gözüm'ün^[17] birinci basamakta çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada ise ölçek

toplam puan ortalaması $117,5 \pm 17,1$ olarak bulunmuştur.

Yine Altay ve ark.'nın^[18] 2015 yılında 301 hemşire ile yaptığı çalışmada katılımcıların %52,8'inin 21-30 yaşları arasında olduğu, %84,4'ünün kronik hastalığının olmadığı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalaması $117,39 \pm 17,04$ olarak saptanmıştır. Alt boyutlara bakıldığında en yüksek puan ortalaması kendini gerçekleştirme, en düşük puan ortalaması ise fiziksel aktivite olarak belirlenmiştir.

Yalçınkaya ve ark.'nın^[19] yaptığı çalışmada düzenli beslendiği, sporla ilgilendiği, ezgersiz yaptığı, sigara ve alkol kullanımına dikkat ettiğini ifade eden sağlık çalışanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bildirilmiştir.

Türkiye'de sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarda da Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Ölçeği toplam puan ortalamasının 116,1-126,4 arasında değişmekte ve çalışmamızın sonuçlarının yapılan diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği ortaya çıkmaktadır.^[23-27] Bu şekilde benzer sonuçların ortaya çıkması ise toplumsal alışkanlıklarımızın ve kültürel inanışlarımızın benzerliği ile ilişkili olarak yorumlanabilir.

Bireylerin kendi sağlıklarının iyileştirilmesinde sağlığın geliştirilmesi çalışmaları oldukça önemlidir. Sağlıklı yaşam bilincinin oluşması için, yaşam tarzını iyileştirmek ve bu konuda kendi sorumluluklarını algılayıp, riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları önem taşımaktadır.^[28,29] Bu nedenle; sağlık çalışanlarının profesyonel rolü ve bireylerin kendi sorumluluğu sayesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük alışkanlıklar haline getirilmelidir.^[30]

Hekimler bireylerin sağlığını koruma ve geliştirme davranışları konusunda danışmanlık yaparken, sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebilirler.^[31] Aile hekimi, kendisine kayıtlı bireylere yaşam tarzı ile ilgili olumlu değişiklikler önerir ve destekler; periyodik sağlık muayenelerini yaparak sağlığı geliştirir ve erken tanı ve tedavi sağlar.^[32] Ayrıca aile hekimleri, bireyleri sağlıklı tutma ve sağlık durumlarını iyileştirme sorumluluğunun yanı sıra, "hasta savunuculuğu" görevi ile onların zarar görmesini de engeller.^[33] Sağlığı geliştirme danışmanlığının; diğer branş hekimlerine kıyasla aile hekimleri tarafından verilmesi daha etkilidir. Bu nedenle aile hekimlerinin konuyla ilgili bilgi, beceri, tutum ve davranışlarını değerlendirip, gereksinimlerini belirleyerek tamamlamaları önemlidir.

Teşekkür

Çalışmamıza destek veren Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi'ne teşekkür ederiz.

Etik Kurul Onayı: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (02.10.2018/82).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Araştırma için Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü, Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi'nden destek alındı.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Çukurova University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (02.10.2018/82).

Conflict of Interest: None.

Funding: For the research, support was received from the Scientific Research Projects (BAP) Unit of Çukurova University Rectorate.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKLAR

1. Cohn LD, Macfarlane S, Yanez C, Imai WK. Risk perception: differences between adolescents and adults. *Health Psychology*. 1995;14(3):217. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.3.217>
2. Özgüven İE. Üniversite öğrencilerinin sorunları ve baş etme yolları. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 1992;7(7).
3. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26(3):32-8.
4. Tambağ H, Turan Z. Effects of public health nursing course on the students' healthy lifestyle behaviors. *Hemşirelikte Araş Gel Derg*. 2012;1:46-55.
5. Dickey RA, Janick JJ. Lifestyle modifications in the prevention and treatment of hypertension. *Endocrine practice*. 2001;7(5):392-9. <https://doi.org/10.4158/EP.7.5.392>
6. Gul AI, Ozdemir T, Borekci E. Health anxiety levels in patients admitted to internal medicine outpatient clinic for several times. *Journal of Clinical and Analytical Medicine*. 2016;7(4):437-9. <https://doi.org/10.4328/JCAM.2951>
7. Kara N. Sağlık Kaygısının Eşlik Ettiği Bir Yaygın Anksiyete Bozukluğu Olgusunun Bilişsel Davranışçı Terapisi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*. 2014;3:99-108.
8. Aydemir Ö, Kirpınar I, Satı T, Uykur B, Cengisiz C. Reliability and validity of the Turkish version of the Health Anxiety Inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*. 2013;50(4):325. <https://doi.org/10.4274/npa.y6383>
9. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987. <https://doi.org/10.1037/t40388-000>
10. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 1999;12(45):87-

- 95.
11. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile (HPLP II)(Adult version). 1995.
 12. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp Fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;26(3):151-7.
 13. Çelik GO, Malak A, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, et al. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Anatol J Clin Investig. 2009;3(3):164-9.
 14. Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. 2007.
 15. Tuğut N, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2008;11(3):17-26.
 16. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;9(2):26-34.
 17. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1998;2(2):60-8.
 18. Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2015;8(1).
 19. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(6):409-20.
 20. Gül Aİ, Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Börekçi E. Miyofasyal ağrı sendromu ve sağlık anksiyetesi arasındaki ilişki. Uluslararası Klinik Araştırmalar Dergisi. 2014;2(3):89-92.
 21. Yıldız N. HIV ile yaşayan bireylerde sağlık anksiyetesinin yaşam kalitesi ve psikososyal işlevsellikle ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2018.
 22. Tyrer P, Cooper S, Crawford M, Dupont S, Green J, Murphy D, et al. Prevalence of health anxiety problems in medical clinics. Journal of psychosomatic research. 2011;71(6):392-4. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.07.004>
 23. Can G, Özdilli K, Erol Ö, Ünsar S, Tülek Z, Savaşer S, et al. Comparison of the health-promotion lifestyles of nursing and non-nursing students in İstanbul, Turkey. Nursing HealthAnd Sciences. 2008;10:273-80. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x>
 24. Erci B, Aydın İ, Tortumluoğlu G. Koruyucu sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşire ve ebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve tükenmişlik düzeyleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2000;3(1):10-5. <https://doi.org/10.5222/terh.2000.67535>
 25. Güner Cİ, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının (SYBD) belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006;9(3):17-25.
 26. İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010;3(3):34-44.
 27. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(7):89-105.
 28. Bahar Z. Sigaraya karşı sağlık personeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 1993;9(2):87-114.
 29. Erdoğan S, Nahçıvan Özkan N, Esin MN, İbrikçi S. Sağlığı sürdürme, sağlığı geliştirme ve hemşirelik. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 1994;8(32):28-36.
 30. Dirican R, Bilgel N. Halk sağlığı. Uludağ Üniversitesi Basımevi. 1993;2.
 31. Oberg E, Frank E. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh. 2009;39(4):290. <https://doi.org/10.4997/JRCPE.2009.422>
 32. Görpelioğlu S. Sağlıklı yaşam tarzı ve davranış değişikliği. Sağlıklı Yaşam Tarzı Dergisi. 2009;1:36-41.
 33. Kavukçu E, Akdeniz M. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2017;21(2):74-81. <https://doi.org/10.15511/tahd.17.00274>

Tıpta Uzmanlık Sınavı Dershanesine Devam Eden Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Anksiyete ve Mesleki Kaygı Düzeyi

Anxiety and Occupational Anxiety Level of Final Year Medical Students Who Attend a Course for Medical Board Exam

Sunay Kocabaş[®], Süleyman Ersoy[®], Ayşe Hilal Ersoy[®], Emin Pala[®]

Atf/Cite as: Kocabaş S, Ersoy S, Ersoy AH, Pala E. Tıpta uzmanlık sınavı dershanesine devam eden tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde anksiyete ve mesleki kaygı düzeyi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(3):91-101.

ÖZ

Amaç: Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinden bir Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) eğitim merkezine devam edenler arasında gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda anksiyete ve mesleki kaygı düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamız Şubat-Mayıs 2020 tarihleri arasında gerekli izinlerin alındığı İstanbul'daki özel bir TUS eğitim merkezinde gerçekleştirildi. Tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formunu, Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Mesleki Kaygı Anketi (MKA) formunu uygun biçimde yanıtlayan tıp fakültesi son sınıf öğrencisi 210 katılımcıyla çalışma tamamlanarak istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 23,60±1,36 yıl, %53,3'ü (n=112) erkek ve %46,7'si (n=98) kadındı. Katılımcıların BAÖ puan ortalaması 14,15±11,01 ve 81'i (%38,6) minimal, 43'ü (%20,5) hafif, 48'i (%22,9) orta, 38'i (%18,1) ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri göstermekteydi. MKA puan ortalaması 55,92±12,81 bulunurken 136'sı (%64,8) orta düzeyde kaygı göstermekteydi. BAÖ puan ortalamaları ile MKA puan ortalamaları arasında pozitif korelasyon izlendi (r=0,228, p=0,01).

Sonuç: Çalışmamızda tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin çoğunun minimal düzeyde anksiyete ve orta düzeyde mesleki kaygıya sahip olduğu gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, mesleki kaygı, tıp öğrencileri

ABSTRACT

Objective: Our study aimed to evaluate anxiety and occupational anxiety level in final-year medical students attending a medical board exam course.

Methods: This study was conducted between February and May 2020 in a medical board exam course center in Istanbul within the necessary permissions. The study was completed with 210 final year medical students who responded appropriately to the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Occupational Anxiety Questionnaire (MKA) form, and a questionnaire which is consisted of socio-demographic data prepared by us and statistical analyzes were performed.

Results: The mean age of participants was 23.60±1.36 years, with 53.3% (n=112) identified as male and 46.7% (n=98) identified as female. The mean score of BAI was 14.15±11.01, and according to the level of BAI, 81 (38.6%) of participants had minimal, 43 (20.5%) had mild, 48 (22.9%) had moderate, and 38 (18.1%) had severe anxiety. The mean score of OCQ was 55.92±12.81, and 136 (64.8%) participants had a moderate level of OCQ. There was a positive correlation between BAI and OCQ mean score (r=0.228, p=0.01).

Conclusion: The study results revealed that most final-year medical students had minimal anxiety levels and moderate occupational anxiety levels.

Keywords: Anxiety, occupational anxiety, medical students

Received/Geliş: 23.06.2021

Accepted/Kabul: 23.08.2021

Publication date: 13.09.2021

Corresponding Author:

S. Ersoy

ORCID: 0000-0003-0001-9329

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

İstanbul, Türkiye

✉ suleymanersoy@gmail.com

S. Kocabaş

ORCID: 0000-0003-0675-4981

Bilecik Toplum Sağlığı Merkezi,

Bilecik, Türkiye

A.H. Ersoy

ORCID: 0000-0001-9600-1355

Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Acil Servis Kliniği,

İstanbul, Türkiye

E. Pala

ORCID: 0000-0001-9189-4342

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Hamidiye Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

İstanbul, Türkiye



GİRİŞ

Anksiyete; kaygı, bunaltı, sıkıntı halini tanımlayan patolojik bir durumdur. Fiziksel ve psikolojik bileşenleri bulunmaktadır. Fiziksel bileşenleri otonomik sinir sistemi hiperaktivitesi ve eşlik eden somatik belirtiler meydana getirmektedir. Sırt ve baş ağrısı, kas gerginliği, boğulma hissi, nefes almada zorlanma veya hızlı nefes alma, kalp hızının artması, el ve ayaklarda titreme, aşırı terleme, ağız kuruluğu, diyare ve sık idrara çıkma gibi belirtiler eşlik edebilmektedir. Korku hissi, yoğunlaşma güçlüğü, heyecan, uykusuzluk, libido azalması, ansızın kötü bir şey olacaktıymış hissi ve korkusu benzeri düşünceler ise eşlik edebilecek psikolojik bileşenlerdir.^[1] Normal seviyedeki anksiyete, tehlikeli olarak algılanan durumlarda canlının kendini sakınarak yaşamını devam ettirmesini sağlayan biyolojik bir korunma sistemidir. Freud'a göre kaygının işlevi, olası bir tehdit ve tehlikeye karşı benliği uyarmak ve savunma düzeneklerine işlerlik kazandırmaktır.^[2] Kişinin günlük yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen patolojik anksiyete ise mutlaka psikolojik ve/veya farmakolojik tedavi gerektirmektedir.^[3] İnsanlarda anksiyete sürecinin artması, kişinin gelecek ile ilgili kararlarında da zorlanmasına neden olmaktadır.^[4] Tıp eğitimi süresince öğrenciler klinik eğitimden meslek hayatına geçiş ve mesleki kariyerleri ile ilgili birçok kaygı yaratan durumla baş etmek zorunda kalmaktadır. Tıp eğitiminin zorluğu, nöbetler ve yoğun iş yükü yanı sıra tıpta uzmanlık sınavı stresi, ailelerin ve toplumun onlardan yüksek beklentisi bu dönemde mesleğe adım atacak öğrenciler için anksiyete yaratabilmektedir.

Hastaların takip ve tedavisinde doğrudan sorumluluk sahibi olmaları dolayısıyla hekimlerde gelişmesi muhtemel yüksek kaygı durumunun psikolojik ve duygusal olarak yıpranmaya yol açabileceği bilinmektedir. Hekimlerin stres, yorgunluk, tükenme, depresyon ve yaygın psikolojik huzursuzluk yaşamaları halinde sağlık alt yapısının ve hasta bakım kalitesinin olumsuz yönde etkilenebileceği muhtelif çalışmalarda gösterilmiştir.^[5] Ruhsal bozukluklar arasında sık görülen anksiyetenin, tıp öğrencileri arasında da yaygın şekilde görülmesi ve kronikleşme eğiliminin yüksek olması; sağlık sisteminin düzenli işleyişi açısından üzerinde durulması gereken bir sorundur. Anksiyeteyi etkileyen etmenlerin araştırılması ve bunlara yönelik önlemlerin alınması gerekmektedir.^[6] Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerine yönelik bu konu ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır.^[7-9]

Tıpta uzmanlık sınavı (TUS) tıp fakültesi mezunlarının uzmanlık eğitimine başlayabilmek için başarılı olmaları gereken merkezi bir sınavdır. Son yıllarda tıp fakültesi

son sınıf öğrencilerinin bu sınava hazırlık için TUS dershanesi adı verilen özel eğitim kurumlarına devam ettiği gözlenmektedir. 2011 yılında yapılan bir çalışmada son sınıf öğrencilerinin %60,2'sinin bir TUS dershanesine devam ettiği tespit edilmişken bu oran 2017'de yapılmış bir çalışmada %85,2 olarak bulunmuştur.^[10,11] Bu tablodan da anlaşılacağı üzere tıp fakültesi öğrencilerinin her geçen yıl artan bir oranda ve önemli bir çoğunluğu bu kurumlara devam etmektedir. Çalışmanın merkezi olarak seçilen TUS eğitim kurumları özel veya devlet birçok farklı üniversite öğrencilerinin bir arada bulunduğu kuruluşlardır. Bu hususun çalışma sonuçlarının genellenmesi açısından faydalı olabileceği düşünülmüştür. Çalışmamızda TUS dershanesine devam eden tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde iş ve aile hayatını olumsuz yönde etkileyen anksiyete düzeyi ve mesleki kaygı düzeyinin saptanması amaçlandı. Aile, iş ve sosyal hayatı olumsuz yönde etkileyen anksiyeteye neden olabilecek faktörlerin ve bu konuda alınabilecek önlemlerin saptanması hedeflendi.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya katılım için yazılı onam veren, 22 yaş ve üzeri tıp eğitimi alan son sınıf öğrencisi sağlıklı gönüllüler dahil edildi. İstanbul ilinde eğitim gören tıp fakültesi son sınıf öğrenci sayısı yaklaşık olarak 2500 olarak düşünüldüğünde; G*Power Analiz Programı ile etki büyüklüğü 0,5, güç 0,90 ve $\alpha=0,05$ olacak şekilde 207 kişinin çalışmaya dâhil edilmesi gerektiği belirlendi. Çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 210 gönüllü katılımcıya anket uygulandı. Araştırmaya dâhil olma kriterleri; 22 yaş ve üzeri olmak, tıp fakültesi son sınıf öğrencisi olmak ve ankete katılmayı kabul etmek olarak belirlendi. Dışlanma kriterleri ise aktif olarak anksiyolitik veya sedatif ilaç kullanma durumu şeklinde belirlendi. Helsinki Bildirgesi'ne uygun olacak şekilde tasarlanan çalışma için 13.02.2020 tarihli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2020.12.13-4 sayılı onay alındı. İstanbul'daki bir TUS eğitim merkezinden gerekli izin alınarak 15.02.2020-15.05.2020 tarihleri arasında bu merkezde araştırma yapılmıştır.

Çalışmamızda tarafımızca hazırlanmış sosyodemografik verilerden oluşan bir anket formu, Beck Anksiyete Ölçeği ve Mesleki Kaygı Anketi uygulandı. Anket ve ölçekler katılımcılara araştırmacılar tarafından yüz yüze olarak uygulanmış, her bir katılımcıya ortalama 20 dakika ayrılmıştır. Çalışmada kullanılan sosyodemografik veri formunda kişinin; yaşı, cinsiyeti, doğum yeri, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu, kardeş sayısı,

anne baba birliktelik durumu, oturulan yer, ailenin tutumu, ele geçen aylık para miktarı, burs alma durumu, mezun olunan lise türü, kronik hastalık durumu, kendisinde veya 1. derece akrabasında psikiyatrik hastalık varlığı, sigara veya alkol kullanımı, uyku saati, tıp fakültesi öğrencisi olmaktan mutlu olma durumu, tıp fakültesi seçme nedeni, eğitim süresince başarısızlık yaşama durumu, eğitim süresince karşılaşılan zorluklar, TUS'a girmeyi düşünme, uzmanlık tercih etme nedeni, kendini pratisyen olarak yeterli hissetme durumu sorgulanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), 1988 yılında Doktor Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Ulusoy ve ark. tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.^[12] Anksiyete şiddetini ölçmek ve anksiyete belirtilerinin sıklığını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Yirmi bir maddeden oluşan, "hiç", "hafif derecede", "orta derecede", "ciddi derecede" seçeneklerini içeren ve 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Puan aralığı 0-63 olup, toplam puan bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddeti ile korele olarak artmaktadır.^[12]

Mesleki Kaygı Anketi (MKA), Dokuz Eylül Üniversitesi ve Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı öğretim üyelerince geliştirilen anketten istifade edilerek hazırlanmıştır.^[7] MKA çalışma ortamı ve koşulları, mesleki yeterlilik ve mesleki memnuniyetle ilgili anksiyete yaratabilecek faktörleri içeren 18 parametreden oluşmaktadır. 5'li Likert tipinde düzenlenen mesleki kaygı anketinin maddeleri, çalışmaya katılan tıp fakültesi son sınıf öğrencileri tarafından 'Kesinlikle kaygılanmıyorum' (1) ile 'Kesinlikle kaygılanıyorum' (5) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Bu anket Türkiye'de daha önce yapılmış farklı çalışmalarda kullanılmıştır.^[8] Katılımcıların aldıkları yüksek toplam puan yüksek mesleki kaygıyı, düşük toplam puan ise düşük mesleki kaygıyı ifade etmektedir.

Araştırma verisi IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago, IL) aracılığıyla değerlendirildi. Çalışmanın bağımlı değişkenleri katılımcılara uygulanan BAÖ ve MKA skorları, bağımsız değişkenleri ise sosyodemografik veri formunda yer alan değişkenler olarak belirlendi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk Testi) kullanılarak incelendi. Normal dağılan sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ile normal dağılmayan sürekli değişkenler ise ortanca (1. çeyreklik- 3. çeyreklik) olarak ifade edildi. Kategorik değişkenler ise yüzde olarak

sunuldu. Kategorik değişkenlerin değerlendirmesinde Pearson Ki-Kare Testi, uygun yerlerde Fisher's Exact test uygulandı. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için; iki bağımsız grup arasında Mann-Whitney U Testi, üç ve üzeri bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanıldı. Üç ve üzeri bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik bonferroni düzeltmesiyle yapılan post-hoc ikili karşılaştırmalar yapıldı. Non-parametrik değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan gönüllülerin yaş ortalaması $23,60 \pm 1,36$ yıl, %53,3'ü ($n=112$) erkek ve %46,7'si ($n=98$) kadındı. Kişilerin 32'si (%15,2) kronik hastalık sahipken, 178'inde (%84,8) kronik hastalık bulunmaktaydı (Tablo 1). Katılımcıların ebeveynlerinin %86,7'si ($n=182$) evli, %6,7'si ($n=14$) boşanmış, %3,3'ü ($n=7$) ayrı oturuyor ve %3,3'ü ($n=7$) ise herhangi biri ölmüş olarak gözlemlendi (Tablo 2). Tıp fakültesi öğrencisi olmaktan mutlu olma sorusuna 154 kişi (%73,3) evet yanıtı verirken, 56 kişi (%26,7) hayır yanıtını verdi. Öğretim görevlilerinin olumsuz tutumları ile karşılaşan 121 kişi (%57,7) iken, 89'u (%42,3) böyle bir durumla karşılaşmadığını belirtti (Tablo 3). TUS'a girmeyi düşünen kişi sayısı 195 (%92,9) iken, 15 kişi (%7,1) sınava girmeyi düşünmediğini belirtti. Uzmanlık tercih etme nedeni olarak %56,2'si ($n=118$) uzmanlığı sevdiği, %48,1'i ($n=101$) para kazanmak ve %43,3'ü ($n=91$) ise toplum baskısı, saygınlık kazanılacağı algısını, çalışılacak kurum gibi sosyal kaygıları neden olarak belirtti (Tablo 4).

Katılımcıların BAÖ puan ortalaması $14,15 \pm 11,01$ ortanca 14,0 (5,0-23,0) idi. BAÖ puan ortalamalarına göre %38,6'sı ($n=81$) minimal, %20,5'i ($n=43$) hafif, %22,9'u ($n=48$) orta, %18,1'i ($n=38$) ise şiddetli düzeyde anksiyete belirtileri göstermekteydi.

Katılımcıların MKA puan ortalaması $55,92 \pm 12,81$ ortanca değeri 56,0 (45,0-62,0) idi. MKA puan ortalamalarına göre %17,6'sı ($n=37$) hafif, %64,8'i ($n=136$) orta ve %17,6'sı ($n=37$) ise yüksek düzeyde kaygı göstermekteydi. MKA puanları ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı ($r=0,228$, $p=0,01$).

Katılımcıların kişisel sosyodemografik özellikleri dağılımı, BAÖ ve MKA puanları karşılaştırılması ve anlamlılık düzeyleri Tablo 1'de sunulmaktadır. Kadınların MKA puanları erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek idi

Tablo 1. BAÖ ve MKA puanlarının katılımcıların kişisel sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.

	N (%)	BAÖ Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	MKA Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)
Cinsiyet			
Kadın	112 (%53,3)	12,3 (5,0-23,0)	60,0 (53,0-68,0)
Erkek	98 (%46,7)	9,0 (5,0-21,0)	53,5 (45,0-62,0)
p		0,160	0,001
Doğum yeri			
Köy	19 (%9,0)	21,0 (5,0-28,0)	58,0 (45,0-63,0)
Kasaba	31 (%14,8)	14,0 (6,0-23,0)	53,0 (45,0-65,0)
Şehir	160 (%76,2)	10,0 (5,0-19,0)	57,0 (50,0-65,0)
p		0,496	0,183
Kardeş Sayısı (Kendi dahil)			
1	27 (%12,9)	14,0 (5,0-19,0)	52,0 (35,0-45,0)
2	92 (%43,8)	11,0 (5,0-21,0)	56,5 (48,0-64,0)
3	50 (%23,8)	7,0 (4,0-24,0)	56,5 (47,0-65,0)
≥4	41 (%19,5)	12,08 (6,0-25,0)	57,0 (50,0-65,0)
p		0,631	0,735
Mezun Olduğu Lise			
Anadolu	76 (%36,2)	8,0 (4,0-19,0)	56,5 (48,0-66,0)
Fen	97 (%46,2)	14,0 (6,0-25,0)	56,0 (50,0-64,0)
Özel	26 (%12,4)	12,5 (5,0-21,0)	58,5 (48,0-61,0)
Diğer	11 (%5,2)	22,0 (2,0-24,0)	62,0 (33,0-70,0)
p		0,141	0,982
Sigara-Alkol Kullanımı			
Sigara	44 (%21,0)	8,0 (5,0-25,0)	53,5 (44,0-63,0)
Alkol	22 (%10,5)	12,0 (3,0-21,0)	58,5 (50,0-68,0)
İkisi	33 (%15,7)	14,0 (5,0-29,0)	54,0 (45,0-62,0)
Hiçbiri	111 (%52,8)	10,0 (5,0-19,0)	58,0 (50,0-65,0)
p		0,797	0,297
Uyku Saati			
0-4 saat	9 (%4,2)	10,0 (8,0-25,0)	47,0 (43,0-55,0) ^a
4-7 saat	132 (%62,9)	10,0 (5,0-22,0)	57,0 (50,0-66,0) ^{ab}
7-10 saat	65 (%31,0)	12,0 (5,0-21,0)	56,0 (48,0-62,0) ^a
10 saat ve üzeri	4 (%1,9)	23,5 (15,0-28,0)	75,5 (67,0-83,0) ^b
p		0,454	0,006
Kronik Hastalık Durumu			
Var	32 (%15,2)	14,5 (5,0-23,0)	55,0 (44,0-62,0)
Yok	178 (%84,8)	10,0 (5,0-21,0)	57,0 (50,0-65,0)
p		0,592	0,222
Psikiyatrik Hastalık Durumu			
Var	31 (%14,8)	16,0 (8,0-25,0)	57,0 (44,0-61,0)
Yok	179 (%85,2)	10,0 (5,0-21,0)	56,0 (49,0-65,0)
p		0,081	0,493

n: katılımcı sayısı; (Ç₁-Ç₃): birinci çeyreklik- üçüncü çeyreklik; a-b: aynı sütunda yer alan benzer harfler arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Tablo 2. BAÖ ve MKA puanlarının katılımcıların aileleri ile ilgili sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.

	N (%)	BAÖ Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	MKA Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)
Anne Öğrenim Durumu			
Okur-yazar değil	6 (%2,8)	25,0 (20,0-27,0)	63,0 (62,0-65,0) ^a
İlkokul	51 (%24,3)	9,0 (5,0-20,0)	54,0 (48,0-62,0) ^a
Ortaokul	25 (%11,9)	9,0 (4,0-20,0)	56,0 (50,0-64,0) ^a
Lise	60 (%28,6)	14,5 (5,0-24,0)	53,0 (43,0-61,0) ^a
Yüksekokul	68 (%32,4)	11,0 (5,0-19,0)	59,0 (51,0-67,0) ^a
p		0,334	0,038
Baba Öğrenim Durumu			
Okur-yazar değil	1 (%0,6)	2,0 (2,0-2,0)	29,0 (29,0-29,0)
İlkokul	24 (%11,4)	11,5 (3,0-23,0)	57,5 (50,0-65,0)
Ortaokul	20 (%9,5)	17,0 (8,0-25,0)	55,0 (52,0-62,0)
Lise	66 (%31,4)	8,5 (5,0-23,0)	53,0 (44,0-63,0)
Yüksekokul	99 (%47,1)	12,0 (6,0-19,0)	58,0 (51,0-66,0)
p		0,356	0,215
Anne Çalışma Durumu			
Ev Hanımı	104 (%49,5)	9,0 (5,0-19,0) ^a	55,0 (48,0-62,0)
Çalışıyor	84 (%40,0)	16,0 (7,0-23,0) ^b	58,5 (48,0-67,0)
Emekli	22 (%10,5)	10,0 (5,0-25,0) ^{ab}	56,5 (50,0-66,0)
p		0,030	0,312
Baba Çalışma Durumu			
İşsiz	6 (%2,8)	6,5 (1,0-20,0)	48,0 (38,0-62,0) ^a
Çalışıyor	156 (%74,3)	10,0 (5,0-19,0)	56,0 (48,0-63,0) ^a
Emekli	48 (%22,9)	16,5 (6,0-26,0)	61,5 (51,0-68,0) ^a
p		0,073	0,044
Anne-Baba Birliktelik Durumu			
Evli	182 (%86,7)	10,0 (5,0-21,0)	57,0 (49,0-64,0)
Boşanmış	14 (%6,7)	14,0 (5,0-21,0)	56,0 (51,0-64,0)
Ayrı Oturuyor	7 (%3,3)	14,0 (10,0-30,0)	51,0 (33,0-76,0)
Anne veya Baba Ölmüş	7 (%3,3)	25,0 (10,0-40,0)	63,0 (50,0-68,0)
p		0,073	0,804
Ailenin Kişiyne Karşı Tutumu			
Anlayışlı	164 (%78,1)	10,0 (5,0-19,0) ^a	56,5 (50,0-65,0)
Otoriter	34 (%16,2)	16,5 (6,0-27,0) ^a	58,0 (48,0-63,0)
İlgisiz	12 (%5,7)	23,0 (5,0-30,0) ^a	57,0 (45,0-63,0)
p		0,042	0,640

n: katılımcı sayısı; (Ç₁-Ç₃): birinci çeyreklik- üçüncü çeyreklik; a-b: aynı sütunda yer alan benzer harfler arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

(p=0,001). BAÖ puanları ile uyku saati arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi, ancak MKA puanları ile uyku saati arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,006). 0-4 saat ile 10 saat ve üzeri uyku ve 7-10 saat ile 10 saat ve üzeri uyku arasında anlamlı fark izlendi (sırası ile p=0,008; p=0,029).

Katılımcıların aileleri ile ilgili sosyodemografik özellikleri dağılımı, BAÖ ve MKA puanları karşılaştırılması ve anlamlılık düzeyleri Tablo 2'de sunulmaktadır. MKA puanları ile anne öğrenim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı (p=0,038). Post-hoc analizine göre gruplar arası anlamlı bir fark izlenmedi. Annenin çalışma durumu ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,030). Post-hoc analizine göre; ev hanımı ile çalışıyor olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlendi (p=0,024). Baba çalışma durumu ile MKA puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptandı (p=0,044). Ancak post-hoc analizine

göre gruplar arası anlamlı bir fark saptanmadı. Ailenin kişiyne karşı gösterdiği tutum ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark görüldü (p=0,042). Ancak post-hoc analize göre gruplar arası anlamlı bir fark saptanmadı.

Katılımcıların tıp fakültesi dönemi ile ilgili sosyodemografik özellik dağılımı, BAÖ ve MKA puanları karşılaştırılması ve anlamlılık düzeyleri Tablo 3'te sunulmaktadır. Aile yönlendirmesi ile tıp fakültesi seçenlerin BAÖ puanları istatistiksel açıdan daha yüksek olarak izlendi (p=0,020). Eğitim süresince yaşanan başarısızlık durumu ile BAÖ puanları arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlendi (p=0,002). Yapılan post-hoc analizine göre; her iki başarısızlığı yaşayanlar ile sadece staj tekrarı yapanlar arasında ve her iki başarısızlığı yaşayanlar ile hiçbir başarısızlık yaşamayanlar arasındaki anlamlı fark izlendi (sırası ile p=0,015, p=0,006). Her iki başarısızlığı yaşayanların BAÖ puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Öğretim görevlilerinin olumsuz tutumuyla karşılaşan katılımcıların MKA puanları

Tablo 3. BAÖ ve MKA puanlarının katılımcıların tıp fakültesi dönemi ile ilgili sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması.

	N (%)	BAÖ Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	MKA Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)
Burs Durumu			
Alıyor	126 (%60,0)	11,0 (5,0-22,0)	56,0 (50,0-65,0)
Almıyor	84 (%40,0)	11,0 (5,0-22,0)	58,0 (48,0-64,0)
p		0,844	0,866
Aylık Gelir			
0-500 TL	14 (%6,7)	11,0 (8,0-23,0)	57,0 (41,0-72,0)
501-1000 TL	57 (%27,1)	8,0 (5,0-20,0)	56,0 (50,0-62,0)
1001-2000 TL	73 (%34,8)	12,0 (6,0-21,0)	57,0 (48,0-66,0)
2001 TL ve üzeri	66 (%31,4)	15,5 (5,0-25,0)	55,5 (50,0-64,0)
p		0,514	0,964
Oturduğu Yer			
Aile Yakınları	66 (%31,4)	9,5 (5,0-20,0)	58,0 (51,0-66,0)
Devlet Yurdu	29 (%13,8)	16,0 (7,0-27,0)	58,0 (48,0-62,0)
Özel Yurt	26 (%12,4)	8,0 (4,0-24,0)	53,0 (43,0-62,0)
Arkadaş	67 (%31,9)	12,0 (6,0-21,0)	57,0 (50,0-66,0)
Yalnız	22 (%10,5)	12,0 (3,0-21,0)	54,5 (43,0-65,0)
p		0,582	0,357
Tıp Fakültesi Öğrencisi Olmaktan Mutluluk Duyma			
Evet	154 (%73,3)	10,0 (5,0-20,0)	58,0 (51,0-65,0)
Hayır	56 (%26,7)	15,0 (5,0-25,0)	53,0 (45,0-64,0)
p		0,137	0,100
Tıp Fakültesi Seçme Nedeni			
Kendi İsteği	143 (%68,1)	9,0 (5,0-20,0)	57,0 (49,0-65,0)
Aile Yönlendirmesi	67 (%31,9)	16,0 (17,0-25,0)	56,0 (47,0-64,0)
p		0,020	0,659
Eğitim Süresince Başarısızlıklar			
Staj Tekrarı	29 (%13,8)	9,00 (5,0-19,0) ^{ac}	56,0 (50,0-66,0)
Sınıf Tekrarı	22 (%10,5)	22,5 (9,0-27,0) ^c	60,5 (53,0-66,0)
İkisi	8 (%3,8)	27,5 (21,0-32,0) ^{bc}	61,5 (40,0-65,0)
Hiçbiri	151 (%71,9)	10,0 (5,0-19,0) ^{ac}	56,0 (48,0-64,0)
p		0,002	0,542
Tıp Fakültesi Eğitimi Süresince Zorluklar			
Öğretim Görevlilerinin Olumsuz Tutumu			
Var	121 (%57,7)	10,0 (5,0-21,0)	58,0 (51,0-65,0)
Yok	99 (%43,3)	14,0 (6,0-23,0)	53,0 (46,0-64,0)
p		0,651	0,016
Asistan Doktorların Olumsuz Tutumu			
Var	102 (% 48,6)	12,0 (5,0-22,0)	57,0 (45,0-63,0)
Yok	108 (%51,4)	10,0 (5,0-21,5)	56,0 (50,0-66,0)
p		0,706	0,365
Diğer Öğrencilerin Olumsuz Tutumu			
Var	86 (%41,0)	12,0 (5,0-23,0)	57,0 (46,0-65,0)
Yok	114 (%59)	10,0 (5,0-20,5)	56,0 (51,0-65,5)
p		0,518	0,200

n: katılımcı sayısı; (Ç₁-Ç₃): birinci çeyreklik- üçüncü çeyreklik; a-c: aynı sütunda yer alan benzer harfler arasında istatistiksel olarak fark yoktur.

Tablo 4. BAÖ ve MKA puanlarının uzmanlık sınavı ile ilgili düşüncelerine göre karşılaştırılması.

	N (%)	BAÖ Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)	MKA Ortanca (Ç ₁ -Ç ₃)
Uzmanlık sınavına girme düşüncesi			
Evet	195 (%92,9)	11,0 (5,0-22,0)	56,5 (49,0-61,0)
Hayır	15 (%7,1)	12,0 (3,0-23,0)	53,0 (48,0-63,0)
p		0,982	0,206
Uzmanlıkta tercih sebebi			
Sevmek			
Evet	118 (%56,2)	12,0 (5,0-22,0)	57,5 (50,0-65,0)
Hayır	92 (%43,8)	10,0 (5,0-21,5)	55,5 (46,5-63,5)
p		0,489	0,321
Para			
Evet	101 (%48,1)	11,0 (5,0-23,0)	56,0 (49,0-63,0)
Hayır	109 (51,9)	12,0 (5,0-20,0)	58,0 (49,0-65,0)
p		0,956	0,517
Sosyal			
Evet	91 (%43,3)	12,0 (6,0-22,0)	55,0 (47,0-66,0)
Hayır	119 (%56,7)	9,0 (5,0-22,0)	58,0 (50,0-64,0)
p		0,529	0,403
Pratisyen Olarak Yeterli Hissetme			
Evet	86 (%41,0)	9,0 (5,0-25,0)	52,0 (43,0-59,0)
Hayır	124 (%59,0)	12,0 (6,0-20,0)	59,0 (53,0-68,0)
p		0,544	0,001

nın daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,016$). TUS ile ilgili sosyodemografik özelliklerin dağılımı, BAÖ ve MKA puanları karşılaştırılması ve anlamlılık düzeyleri Tablo 4'te gösterilmektedir. Kendini pratisyen hekim olarak yeterli görme durumu ile BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Ancak kendini yeterli görmeyenlerin MKA puanları istatistiksel olarak yeterli görenlerden daha yüksekti ($p=0,001$).

TARTIŞMA

Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerindeki anksiyete ve mesleki kaygı düzeyini değerlendirdiğimiz çalışmamızda, çoğu öğrencinin minimal düzeyde anksiyete ve orta düzeyde mesleki kaygıya sahip olduğu gözlemlendi. Tıp eğitimi süresince kazanılması gereken becerilerin yetersizliği henüz yolun başında olan tıp fakültesi öğrencilerinde yoğun bir stres ve gelecek kaygısına yol açmaktadır. Buna paralel olarak, diğer üniversite öğrencilerine göre daha yüksek oranda ruhsal sıkıntılar yaşamaktadırlar.^[13,14] Edinburgh Deklarasyonu'nda belirtildiği üzere tıp eğitiminin amacı, toplum için koruyucu ve tedavi edici kaliteli bir hizmet vererek tüm insanlığın refahını ve sağlığını geliştirecek yetenekli ve yeterli hekimler yetiştirmektir.^[13] Tıp eğitimi süresince kazanılması gereken becerilerin yetersizliği henüz yolun başında olan tıp fakültesi öğrencilerinde yoğun bir stres ve gelecek kaygısına yol açmaktadır. Buna paralel olarak, diğer üniversite öğrencilerine göre daha yüksek oranda ruhsal sıkıntılar yaşadıklarını gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^[14,15] Bu durum kişinin özel hayatını olumsuz yönde etkilerken, meslek hayatında da birtakım başarısızlık ve yetersizliklere neden olabilmektedir.^[7] Çalışmada ortaya koyduğumuz sonuçların Edinburgh Deklarasyonu'nda belirtildiği gibi yetenekli ve yeterli hekimler yetiştirilmesine katkıda bulunacağını ummaktayız.^[15]

BAÖ ile değerlendirdiğimiz tıp fakültesi son sınıf katılımcılarının çoğu minimal düzeyde anksiyete göstermekteydi. Diğer benzer çalışmalarda ise Sürekli Kaygı Ölçeği-2 (STAI TX-2) ile değerlendirme yapılarak tıp fakültesi öğrencilerinde orta düzeyde anksiyete bildirilmiştir.^[7,9] Daha yüksek katılımcı sayısı ve sadece son sınıf öğrenciler ile elde ettiğimiz bu sonucun, farklı popülasyon ve ölçekler arasındaki farklı puanlama ile kategorizasyondan kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Literatürde çalışmamıza benzer orta düzeyde MKA sonuçları saptanan yayınlar bulunmaktadır.^[7,9] Ancak, tıpta uzmanlık sınavını kazanamama veya acil hastaya yaklaşım gibi ileri düzeyde kaygı oluşturan durumlar açısından farklı veri bildiren çalışmalar da bulunmaktadır.^[7,9,16] Çalışmamızda MKA'da hastalara "kasıtsız olarak zarar verme korkusu" en çok kaygı yaratan durum

olarak izlendi. Yalçınoğlu ve ark. öğrencilerin %68,4 gibi yüksek sayılabilecek bir oranda koruyucu sağlık hizmetleri açısından kendini yetersiz gördüğünü belirtmiştir.^[10] Tıbbi uygulamalarla ilgili duyulan bu tarz kaygıların, tıp öğrencilerinin pratisyen hekim olarak kendine güvenmemesi ve öğrenciliğin bir devamı olarak uzmanlık eğitimini seçmelerinin bir sonucu olabileceğini bildirmiştir.^[12] Diğer çalışmalardan farklı olarak BAÖ ve MKA arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bu sonuç doğrultusunda, hekim adaylarının günlük hayatlarında anksiyetenin gelişmesinde mesleki kaygının önemli bir etkisi olduğunu düşünmekteyiz. Sonuçlarımıza benzer şekilde BAÖ puan ortalamaları açısından kadın ve erkek öğrenciler arasında anlamlı fark saptamayan çalışmalar^[7,17] yanı sıra; kadın öğrencilerin daha yüksek anksiyete puanlarına sahip olduğunu bildiren yayınlar da bulunmaktadır.^[16,17] Kadınların stres karşısında daha yoğun duygusal tepki gelişimi ve benzer şekilde kaygı gösterme eğilimleri bu duruma neden gösterilmektedir.^[19] Örneklemimizdeki yaş, eğitim koşulu gibi demografik değişkenlerin homojen dağılımı sonucunda cinsiyet arası anlamlı fark izlenmedi. Mesleki kaygı açısından da kadın öğrencilerin daha yüksek puana sahip olduğunu bildiren ve çalışmamızın sonuçları ile paralellik gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^[6,7]

Çalışmamızda sigara ve/veya alkol kullananların BAÖ ve MKA düzeylerinde anlamlı bir farklılık gözlemlenmedi. Gudmundsson ve ark.^[20] ise çok merkezli gerçekleştirdikleri 416 kişilik çalışmada sigara kullanımını daha yüksek anksiyete seviyeleri ile ilişkilendirmiştir. Anksiyete düzeyleri ile alkol kullanımı arasındaki ilişki; alkol kullanımının anksiyete bozukluğu gelişmesine neden olabileceği ve/veya mevcut anksiyete bozukluğunun daha ağır bir tabloya dönüşümü şeklindedir.^[21,22] Anksiyete, sıklıkla uyku bozuklukları ile birlikte seyretmektedir. Çift yönlü olan bu ilişkide; uykusuzluk anksiyete oluşturma riskini yükseltmekte, anksiyete bozukluğu ise ileri aşamada uyku bozukluğuna neden olabilmektedir.^[23,24] Tafoya ve ark.^[25] 572 tıp fakültesi son sınıf öğrencisinde yaptığı çalışmada uyku bozukluğu açısından en iyi prediktif faktörlerden birinin de anksiyete olduğunu belirtmiştir. Çalışmamızda uyku saati ile BAÖ arasında anlamlı ilişki saptanmazken; 10 saat ve üzeri uyku açısından MKA anlamlı yüksek olarak saptanmıştır. Kişilerin stressörleri azaltmak amacıyla uykuyu tercih ettiğini; ancak anksiyete ve uyku bozuklukları arasındaki ilişkinin anlaşılmasında uyku kalitesi ölçekleri ile kapsamlı değerlendirmeler yapılmasının daha yardımcı olacağını düşünmekteyiz. Sağlık durumunu kötü olarak değerlendiren ve kronik hastalığa sahip kişilerde daha yüksek seviyede anksiyete izlenmektedir. Herhangi bir fiziksel aktivitede bulunmayan öğren-

cilerde daha yüksek anksiyete ölçek puanları saptanırken, düzenli fiziksel egzersizin bedensel olduğu kadar ruhsal sağlık açısından da koruyuculuğu bilinmektedir.^[26] Çalışmamızda da kronik hastalığı olan öğrenciler daha yüksek BAÖ puan ortalamasına sahiptir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin okur-yazar olmayan anneleri ile hem BAÖ hem de MKA puan ortalamaları daha yüksek iken, sadece anne öğrenim durumu ile MKA puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptanmıştır. Baba öğrenim durumu yüksek okul olanlarda ise daha yüksek BAÖ ve MKA puanları saptanmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi. Ergin ve ark.^[9] anne ve baba eğitim düzeyi üniversite ve üstü olan öğrencilerin daha yüksek mesleki kaygı düzeyine sahip olduğunu ancak istatistiksel fark saptanmadığını bildirmiştir. Ailenin çalışma durumu değerlendirildiğinde; annesi aktif çalışanlarda BAÖ puanı daha yüksek idi. Yeniocak ve ark. annesi çalışan ve ailesi sıklıkla ekonomik sıkıntı yaşayan öğrencilerde stres ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir.^[25] Babanın çalışma durumu ile öğrencilerin MKA puan ortalamaları arasında da anlamlı bir ilişki saptandı. Gruplar arası analizde istatistiksel olarak farklılık görülmesi de babası emekli olanlar daha yüksek mesleki kaygı puanına sahipti. Ergin ve ark.^[9] çalışmasında da babası emekli olan kişilerin mesleki kaygı puanları yüksek idi. Dolayısıyla, temel ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanan öğrencilerde ailenin sahip olduğu düşük gelir ve kötü ekonomik koşullar anksiyete ve stres için bir risk faktörü olabilmektedir.^[27] Aile ile ilişkileri iyi olmayan, sorun yaşayan öğrencilerde genellikle yüksek anksiyete izlenmektedir.^[26] Çalışmamızda da benzer şekilde aile tutumunu ilgisiz olarak değerlendiren öğrencilerde anksiyete daha fazla idi. Sosyal ve akademik hayatta birçok zorlukla karşılaşan öğrencilerin ailelerinden bulacakları destek, bu sıkıntıları aşmada ve kariyerini şekillendirmede önem arz etmektedir. Aile desteğine ihtiyaç duyan öğrencilerin zorluklarla tek başına başa çıkmaya çalışması onu daha da zorlamaktadır. Ailelerin çocukları ile iyi iletişim içerisinde olmaları, onları desteklemeleri gençlerin ruh sağlığı açısından önemli bir yer tutmaktadır.^[26] Bu doğrultuda aile ile olumlu bir ilişki kuran hekimin toplum sağlığı gelişimi ile ilgili görevini layıkıyla yerine getirmesi beklenebilir. Çalışmamızda burs ve aylık ele geçen maddi gelir ilişkili anksiyete ve mesleki kaygı düzeyinde anlamlı fark izlenmedi. Literatürdeki çalışmalar doğrultusunda; burs almayan tıp fakültesi öğrencilerinde daha yüksek anksiyete izlenmektedir. Üniversite eğitimi boyunca barınma ve sosyal ihtiyaç, uzun eğitim süresi boyunca gereken maddi destek ile bu durum açıklanabilir.^[8,28]

Araştırmamızda öğrencilerin yaşadığı ortamın anksiyete

te ve mesleki kaygı üzerine bir etkisi olmadığı gözlemlenmiştir. İnanc ve ark.^[29] anksiyete düzeyleri açısından yurttan kalmak ile ailesi veya arkadaşları ile ev ortamında yaşamak arasında fark olmadığını bildirmiştir. Sreeramareddy ve ark.^[30] yurttan kalmanın öğrenci için en önemli anksiyete durumu olabileceğini belirtirken; Tunç ve ark.^[26] ise arkadaşları ile yaşayan kişilerin, evde yalnız, evde ailesi veya yurttan yaşayan kişilerden daha az anksiyeteye sahip olduğunu bildirmiştir. Tek başına bir evde yaşamak; gün içerisinde eğitimin yoğunluğu sonrasında evde yapılması gerekli olan işleri de tek başına yapmak zorunda olmak, aynı zamanda arkadaşlarıyla yaşadıklarını paylaşamamak öğrenci için stres kaynağı olabilmektedir. Ailesi ile birlikte yaşamayı; kendi kararlarını kendisinin vermek istemesi, arkadaşlarıyla birlikte okul dışında veya evde zaman geçirmek istemesi gibi bağımsızlığı ile ilişkili durumların yerine getirilememesine bağlı kişi üzerinde daha fazla stres yaratabilir.^[26] Çalışmamızda kendi isteği ile tıp fakültesi seçenlerde istatistiksel anlamlı düşük BAÖ puan ortalamaları izlendi. Benzer çalışmalarda da kendi isteği dışında yapılan kariyer seçimlerinde daha yüksek depresyon, anksiyete veya stres düzeylerine rastlanmaktadır.^[31-33] Mesleğini isteyerek seçen bireyler zorluklarla daha kolay baş edebilmekte ve tıp eğitiminin zorluğuna rağmen daha az olumsuz etkilenmektedir. Tıp fakültesine giren öğrencilerin yaklaşık %75'i fakültedeki eğitim hakkında, %59'u da meslek hayatındaki koşullar konusunda araştırma yapabilmektedir.^[33] Bu tercih dönemlerinde ailelerin de yanında olduklarını hissettirmeleri, öğrencilerin kaygılarını azaltıp doğru tercih yapmasına yardımcı olmaktadır. Öğrenciler isteyerek seçtikleri bir kariyerde, yaşadıkları olumsuzluklara karşı daha güçlü karakter göstermektedir. Dolayısıyla lise öğrencilerine meslek seçimi konusunda daha iyi rehberlik hizmeti verilmesi, ailelerin de çocuklarına meslek seçiminde zorlayıcı olmamaları ve onları desteklemeleri önemlidir.^[26] Çünkü kariyer seçimi kişilerin hayatında önemli bir dönüm noktasıdır ve meslek hayatı boyunca bu seçimden duydukları hoşnutluk, mesleğe daha sıkı sarılmalarını ve kaliteli bir hizmet sunmalarını sağlar.

Eğitim boyunca yaşanan başarısızlıklar özellikle staj ve sınıf tekrarı yaşayan öğrencilerde BAÖ daha yüksek idi. Sonuçlarımıza benzer çalışmalar olduğu gibi,^[24] başarısızlık yaşayan öğrenciler ile staj veya sınıf tekrarı yapanların BAÖ ve MKA puan ortalamaları arasında fark bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır.^[8] Anksiyetenin bilişsel yetilerde azalma, dikkat kaybı gelişimi, bellekle ilgili problemler gibi çeşitli kayıplara neden olduğu bilinmektedir.^[34] Yoğun anksiyete akademik hayatta başarısızlıklara sebep olurken, başarısızlıkların da anksiyeteyi daha derinleştirdiği görülebilir. Anksiyeteyi

olağandan yüksek miktarda yaşayan kişiler için fakülterde destek sağlanması düşünülebilir ve potansiyel başarısızlıkların önüne geçilmesi mümkün kılınabilir. Tıp öğrencilerinin eğitiminde, hekimlik sanatı için eğitim veren kadroların büyük sorumluluğu bulunmaktadır. Mayda ve ark.^[8] öğretim görevlilerinin olumsuz tutumuna maruz kalan öğrencilerin mesleki kaygı düzeylerini çalışmamızda olduğu gibi yüksek saptamıştır. Özellikle klinik stajlarda, öğrencilerin ileride yapmak istedikleri uzmanlık dalını seçmesinde öğretim üyeleri rol model olabilirken, bunun tersi bir tutum da öğrencinin eğitim hayatı sırasında kaygı duymasına ve ilgili branştan uzaklaşmasına neden olmaktadır.^[8] Ülkemizdeki tıp eğitimi ve uygulanan sağlık sisteminin ağırlıklı olarak hedefi TUS'u kazanmak için öğrenciler yetiştirmektir.^[33,35] Çalışmamızda da oldukça yüksek bir oranda katılımcılar TUS'a girmeyi düşündüklerini belirtmiştir. Benzer çalışmalarda da aynı oranlar izlenmektedir.^[28,33] Tıp fakültesi eğitim sistemindeki bu anlayış, tıp öğrencilerinde genel tıbbi konularda yetersizlik duygusu oluşturmakta ve pratisyen hekimlik yapma hususunda güven eksikliği geliştirmektedir.^[36] Sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümü genel pratisyen hekimler üzerinden sağlanmasına rağmen, pratisyen hekimliğin azalan saygınlığı, mesleki tatmin duygusunda yetersizlik ve "ikinci sınıf hekim" olarak algılanmaları gibi nedenler öğrencileri TUS'a yöneltmektedir.^[8]

Çalışmamızda uzmanlığın tercih sebebi olarak uzmanlığı sevmek, para veya sosyal statü açısından benzer tercih oranları elde edildi. Pratisyen hekimlik ise mesleki tatmin ve sosyal statü yönleriyle genelde daha pasif kalmaktadır. Fakat çalışmamızda diğerlerine kıyasla TUS'a girmeyi düşünmeyenlerde %7,1 gibi daha yüksek bir oran saptandı.^[8,33] Mevcut uzman sayısındaki doygunluk oranı, yan dallar gibi uzun ek eğitim süreçlerinin bu oran üzerinde katkısı olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca artan TUS sınavına girme talebi yanında, son yıllarda tıp fakültelerindeki mezun sayısının artmasına rağmen TUS kontenjanlarının artmaması çoğu hekimin uzmanlık hedefine ulaşma ihtimalini azaltmaktadır. Bu durum kişileri diğer seçenek olarak yurtdışı uzmanlık sınavlarına yönlendirebilmektedir. Katılımcıların %59'u kendini hekim olarak yetersiz görmekte ve bu grupta MKA düzeyi anlamlı derecede yüksekti. Mayda ve ark.^[8] benzer sonuç elde ettikleri çalışmada pratisyen hekimlerin mesleki yaşamda kendine güvensizliğini genel tıbbi bilgi ve becerileri yetersizliği ile pratikten uzak eğitim olarak açıklamaktadır. Uzmanlık kaygısıyla TUS sınavına yönelik çalışmalarını yoğunlaştıran öğrenciler toplumda daha ender görülen hastalıklar hakkında ileri bilgi sahibi olurken, temel sağlık sorunları, koruyucu hekimlik uygulamaları, acil hastayı yönetebilme gibi konularda geri kalmaktadır.

^[36] Pratisyen hekim olarak özgüven eksikliği yaratan bu durumun, birinci basamak uzmanlık sisteminin yaygınlaşması ve fakültelerde verilen eğitimin genel tababet üzerine daha da eğilmesi ile aşılabılır.^[35] Ülkemizde tıp fakültesi öğrencilerinde anksiyete ve mesleki kaygı düzeyinin değerlendirildiği yapılan çalışmaların sayısı oldukça azdır. Daha geniş örneklem ile yüksek genellebilirlik düzeyinde elde edilecek veriler sağlayacak ileriye dönük izlem çalışmalarına ihtiyaç vardır. Böylece mevcut sağlık sisteminin temel taşı olan tıp fakültesi öğrencilerinin daha kaliteli eğitim almasına ve aynı doğrultuda daha verimli sağlık hizmetine katkı sağlanacaktır.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Sosyodemografik sorulardan sigara ve alkol alışkanlığı sorgulanırken kullanıp bırakmış olanlar sayıca az olduğundan ayrıca belirtilmemiş kullanmayanlara dahil edilmiştir. Kronik hastalıklar da sayı ve nitelik olarak detaylandırılmamış ve var veya yok olarak sınıflandırılmıştır. Uyku saatleri tasnif edilirken kullandığımız kestirim değerleri katılımcıların verdikleri cevaplar üzerinden tayin edilmiş sübjektif rakamlardır. Ayrıca çalışmanın gerçekleştiği özel TUS eğitim kurumu farklı tıp fakültelerinden öğrencilerin bir arada olmasıyla çalışmanın sonuçlarının genelleme noktasında bir avantaj sağlasa da farklı sebeplerden bu kurumlara kayıtlı olmayan tıp fakültesi öğrencileri çalışma evreni dışında bırakılmak zorunda kalmıştır.

SONUÇ

Çalışmamızda TUS için bir dershaneye devam eden tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin çoğunun minimal düzeyde anksiyete ve orta düzeyde mesleki kaygıya sahip olduğu gösterilmiştir. Ayrıca BAÖ puan ortalaması ve MKA puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Tıp fakültesi öğrencileri kişisel sıkıntılarının beraberinde zorlu bir eğitim sürecinden geçtikleri için yoğun bir stres altında oldukları düşünülebilir. Fakültelerde bu hususu irdeleyen ruhsal destek merkezlerinin kurulması, öğrencilere yönelik çeşitli sosyal aktivitelerin düzenlenmesi, dönemsel ruhsal sağlık taraması gibi faaliyetlerin yürütülmesinin daha sağlıklı bir sağlık camiası ve daha sağlıklı bir toplum yaratmaya katkısı olacağı düşüncesindedir.

Etik Kurul Onayı: Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (13.02.2020/02.13-14).

Çıkar Çatışması: Bu makale ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu makale ile ilgili herhangi bir finansal kaynaktan yararlanılmamıştır.

Hasta Onamı:

Ethics Committee Approval: Hamidiye Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (13.02.2020/02.13-14).

Conflict of Interest: There is no conflict of interest related to this article.

Funding: No financial resources have been used for this article.

Informed Consent:

KAYNAKLAR

- Kocabaşoğlu N. Anksiyete bozukluklarına acil yaklaşım, takip ve tedavisi. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci.* 2007;3(42):24-31.
- Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler. *Genel Tıp Derg.* 2007;17:15-9.
- LeDoux JE, Pine, DS. Using neuroscience to help understand fear and anxiety. *Am J Psychiatry.* 2016;173(11):1083-93. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16030353>
- Dilmaç B, Hamarta E, Arslan C. Üniversite öğrencilerinin sürekli kaygı ve denetim odaklarının bağlanma stilleri açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri.* 2009;9(1):127-59.
- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet.* 2009;374(9702):1714-21. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61424-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61424-0)
- Dodmani SB. The impact of curriculum change on student stress and workload. *J For Inno Develop In Phar and Tech Sci.* 2019;2(8):15-8.
- Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp eğitimi son sınıf öğrencilerinin gelecek meslek yaşamları ile ilgili yaşadıkları anksiyete ile sürekli anksiyetelerinin karşılaştırılması. *Dokuz Eylül Üni Tıp Fak Derg.* 2007;21:19-24.
- Mayda A, Yılmaz S, Bolu F, et al. Bir tıp fakültesi 4, 5 ve 6. sınıf öğrencilerinde gelecek ile ilgili kaygı durumunun değerlendirilmesi. *Düzce Üni Sağlık Bilim Ens Derg.* 2014;4(3):7-13.
- Ergin A, Uzun S, Topaloğlu, S. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıf öğrencilerinin sürekli kaygı ve mesleki kaygı düzeyleri ve bunları etkileyen etkenler. *Muğla Sıtkı Koçman Üni Tıp Derg.* 2016;3(3):16-21.
- Yalçınoğlu N, Kayı İ, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. İstanbul Üniversitesi İstanbul tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin tıp eğitimi ile ilgili görüşleri. *İstanbul Tıp Fak Derg.* 2013;75:41-5.
- Yıldırım Dİ, Marakoğlu K. Tıp fakültesi intörnlerinin tıp eğitimi ile tıpta uzmanlık sınavı hakkındaki düşünceleri ve branş tercihlerinin belirlenmesi. *Genel Tıp Derg.* 2019;29(4):183-9. <https://doi.org/10.15321/GenelTipDer.2019.228>
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the beck anxiety inventory. *Psychometric properties.* *J of Cognitive Psychotherapy.* 1998;12:28-35.
- Sarkar, S, Gupta, R, Menon V. A systematic review of depression, anxiety, and stress among medical students in India. *J Ment Health.* 2017;22(2):88-96.
- Tran A, Tran L, Gekhre N, et al. Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *PLOS ONE.* 2017;12(11) <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188187>
- Sayek İ, Odabaşı O, Kiper N. Türk Tabipleri Birliği Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Raporu. 1. Baskı. Ankara, Türk Tabipleri Birliği Yayınları 2010;1-97.
- Nandi M, Hazra A, Sarkar S, Mondal R, Ghosal MK. Stress and its risk factors in medical students. An observational study from a medical college in India. *Indian J Med Sci.* 2012;66:1-12. <https://doi.org/10.4103/0019-5359.110850>
- Ci Quek T, Tam WS, Tran BX et al. The global prevalence of anxiety among medical students: a meta-analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2019;16(15):2735. <https://doi.org/10.3390/ijerph16152735>
- Almojali AI, Almalki SA, Alothman AS, Masuadi EM, Alaqeel MK. The prevalence and association of stress with sleep quality among medical students. *Journal of Epidemiology and Global Health.* 2017;7(3):169-74. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2017.04.005>
- Tekin E, Çilesiz ZY, Gede S. Farklı mesleklerde çalışanların algılanan stres düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzları üzerine bir araştırma. *Ordu Üni Sosyal Bil Ens Sosyal Bil Araş Derg.* 2019;9(1):79-89.
- Gudmundsson G, Gislason T, Janson C et al. Depression, anxiety and health status after hospitalisation for COPD: A multicentre study in the nordic countries. *Resp Med.* 2006;100(1):87-93. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2005.04.003>
- Groenman AP, Janssen TW, Oosterlaan J. Childhood psychiatric disorders as risk factor for subsequent substance abuse: A meta-analysis. *J of the Am Acad of Child & Adolescent Psychiatry.* 2017;56(7):556-69. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.05.004>
- Foroughi AA, Mohammadpour M, Khanjani S, Pouyanfard S, Dorouie N, Parvizi Fard A A. Psychometric properties of the Iranian version of the anxiety sensitivity Index-3 (ASI-3). *Trends Psychiatry Psychother.* 2019;41(3):254-61. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0078>
- Kubo T, Maruyama T, Shirane K, Otomo H, Matsumoto T, Oyama I. (2008). Anxiety about starting three-shift work among female workers: Findings from the female shift workers' health study. *Journal of UOEH.* 2008;30(1):1-10. <https://doi.org/10.7888/juoeh.30.1>
- Gould CE, Spira AP, Liou-Johnson V et al. Association of anxiety symptom clusters with sleep quality and daytime sleepiness. *The J of Gerontology.* 2018;73(3):413-20. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx020>
- Tafoya SA, Jurado MM, Yépez NJ, Fouilloux M, Lara MC. Sleep difficulties and psychological symptoms in medicine students in Mexico. *Medicina.* 2013;73:247-51.
- Tunç A. Y, Yapıcı G. Bir tıp fakültesindeki öğrencilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin değerlendirilmesi. *Türk J of Public Health.* 2019;17(2):153-68.
- Abdollahi NG, Shakouri SK, Aghdam AT. (2020). Association of quality of life with physical activity, depression, and demographic characteristics and its predictors among medical students. *J Educ Health Promot.* 2020;9:147. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_91_20
- Yarış F, Topbaş M, Çan G, Özoran Y. Karadeniz Teknik Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin tıp eğitimi hakkındaki düşünceleri. *J Exp Clin Med.* 2009;18(4):233-41.
- İnanç N, Savaş HA, Tutkun H, Herken H, Savaş E. Gaziantep Üniversitesi mediko-sosyal merkezi'nde psikiyatrik açıdan incelenen öğrencilerin klinik ve sosyodemografik özellikleri. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2004;5:22-230.
- Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS, Mukhopadhyay C, Ray B, Menezes, RG. Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Med Education.* 2007;7(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-7-26>
- Erhan S, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Derg.* 2013;18:98-102.

32. Öncü B, Şahin T, Özdemir S, Şahin C, Çakır K, Ö. E. Tıp Fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. *Kriz Derg.* 2013;21:1-10. https://doi.org/10.1501/Kriz_0000000333
33. Karaoğlu N, Ongel K, Seker M. The reasons for being a doctor and the future expectations. *Healthmed.* 2010;4:335-43.
34. Huang L, Huang R, Wang Z et al. Relationship among depression, anxiety and social support in elderly patients from community outpa-tient clinic. *Chinese J of Behav Med and Brain Sci.* 2019;12:580-5.
35. Kılıç BS. Türk tabipleri birliği mezuniyet öncesi tıp eğitimi raporu-2000. *Toplum ve Hekim.* Ankara 2001;16:230-40.
36. Terzi C, Saçaklıoğlu FS, Sayek İ. 2020 yılında Türkiye’de tıp eğitimi. 2000-2020 sürecinde nasıl bir dünya, Türkiye, sağlık, tıp ortamı öngörülebilir, oluşturulabilir. Ankara: TTB Yayını 2002; 1-108.

Aile Sağlığı Merkezinde Tespit Edilen Bir Orf Olgusunun Takip ve Tedavisi

Follow-up and Treatment of an Orf Case Diagnosed at a Family Health Center

Levent Çevik[®], Murat Öztürk[®]

Atıf/Cite as: Çevik L, Öztürk M. Aile sağlığı merkezinde tespit edilen bir orf olgusunun takip ve tedavisi . Türk Aile Hek Derg. 2021;25(3):102-4.

ÖZ

Orf, ülkemizde de sık görülen küçükbaş hayvanlardan temasla bulaşan bir zoonotik hastalık olup, etkeni parapoxvirus'dur. Genellikle el parmaklarında nodüllerle karakterize lezyonlar ortaya çıkmakta olup kendini sınırlayan ve tedavisiz iyileşen bir hastalık olmakla birlikte diğer zoonotik hastalıklarla karışabilmekte ve gereksiz müdahaleler sonucu komplikasyonlara neden olabilmektedir. Bu nedenle özellikle birinci basamak hekimlerinin spesifik bir tedavi gerektirmeyen orf hastalığını tanımları ve diğer zoonotik cilt hastalıklarından ayırt etmeleri önem arz etmektedir. Bu çalışmada, aile sağlığı merkezine başvuran 56 yaşındaki bir erkek hastada, küçükbaş hayvanlarını aşılama sonrası gelişen; öykü ve fizik muayene ile tanısı konulan ve semptomatik yöntemlerle tedavi edilen bir orf olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Orf virüsü, zoonozlar, aile hekimliği

ABSTRACT

Orf is a zoonotic disease transmitted by contact from small ruminants, which is also common in our country, and its causative agent is parapoxvirus. It usually occurs as lesions characterized by nodules on the fingers, and although it is a self-limiting disease that heals without treatment, it can be confused with other zoonotic diseases and cause complications as a result of unnecessary interventions. For this reason, it is important for primary care physicians to recognize orf disease, which does not require a specific treatment, and to distinguish it from other zoonotic skin diseases. In this study, in a 56-year-old male patient who applied to the family health center, after vaccination of ovine animals; A case of orf diagnosed by history and physical examination and treated with symptomatic methods is presented.

Keywords: Orf virus, zoonoses, family practice

Received/Geliş: 18.05.2021
Accepted/Kabul: 23.08.2021
Publication date: 13.09.2021

Corresponding Author:

L. Çevik
ORCID: 0000-0003-3118-890X
Tuşba 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi,
Van, Türkiye
✉ levo.cevik@gmail.com

M. Öztürk

ORCID: 0000-0002-4499-3724
Van Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Dermatoloji Kliniği,
Van, Türkiye

GİRİŞ

Orf hastalığı viral kutanoz zoonotik bir cilt hastalığıdır. Ektima contagiosum olarak da bilinen Orf hastalığının etkeni, *Poxviridea* ailesiden *Parapoxvirus* alt grubuna ait bir DNA virüsüdür.^[1] Koyun, keçi gibi küçük baş hayvanlar bu virüsün doğal konağıdır.^[2] Orf, insanlara enfekte hayvan lezyonlarından ya da kontamine bir cisim veya yüzey aracılığıyla gerçekleşirken, insandan insana bulaşı daha az oranda olmakla birlikte olabilmektedir.^[3-5] Orf insanlarda genellikle eller ve parmaklarda daha nadir olarakta yüzde veziküler tarzda, püstüller, ağrılı hemorojik döküntülerle bazende neoplazmaya benzeyen ülseratif bir deri lezyonu olarak karşımıza çıkar.^[2,6] Hastalık kendini sınırlamakla birlikte sekonder bakteriyel enfeksiyonlara sebep olması ve

buna bağlı gelişen ateş, ağrı, lenfanjit, lenfadenit nedeniyle de önemli bir morbiditeye sahiptir.^[7] Ülkemizde ve dünya genelinde çeşitli insan orf enfeksiyonları bildirilmiştir.^[4,8-10] Bulaş açısından risk altında olanlar genellikle hayvancılıkla uğraşan meslek mensuplarıdır (çoban, kasap, veteriner hekim vs.).^[2] Genellikle kendini sınırlayan bir prognoza sahip olmasına rağmen erken tanı konulmadığında gereksiz cilt biyopsileri, cerrahi müdahaleler, kriyoterapi ve zaman alıcı tanısal tetkiklere neden olabilmektedir.^[2,9] Tanı genellikle karakteristik deri lezyonları, histopatolojik bulgular ve temas öyküsü varlığıyla konur.^[5] Burada birinci basamak sağlık kuruluşu olan bir aile sağlığı merkezine (ASM) küçükbaş hayvanlarını aşıladıktan sonra oluşan ağrılı, atipik görünümü birden fazla el parmaklarında lezyonu olan bir orf olgusu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

56 yaşında erkek hasta, 1 hafta önce küçükbaş hayvanlarını aşıladıktan 4-5 gün sonra ortaya çıkan sağ el 2. Parmakta 2-3 adet ağrılı lezyon olması ve ağrılarının parmağından koltuk altına kadar yayıldığını belirterek aile sağlığı merkezimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durumu iyi, vücut sıcaklığı 36,7° idi. Sağ el 2. parmak distal ve medial falanks dorsal yüzde ağrılı, eritemli, ortasında hemorajik renk değişikliğinin olduğu ülsere 1x1,5 cm boyutunda 2 adet lezyon (Resim 1) ile sağ aksillada 1 adet 1,5x1,5 cm boyutlarında mobil ağrısız lenfadenopati tespit edildi. Hastanın bakılan diğer sistemik muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Bakılan kan tetkiklerinde hemoglobin:15,6 g/dl, beyaz küre (WBC):7480/mcL, trombosit sayısı: 267000/mcL, C-reaktif protein (CRP):4 mg/dl idi, hastanın diğer biyokimyasal parametreleri normal olarak tespit edildi. Hastanın mevcut klinik ve fizik muayene bulguları ve küçükbaş hayvanlarla teması olması nedeniyle hastaya orf enfeksiyon hastalığı ve sekonder gelişen lenfanjit tanısı konuldu. Hastaya lokal yara pansumanı yapıldıktan sonra lenfanjite yönelik günde 2 kez 1 g oral Amoksisilin + klavulanik asit ve analjezik/antienflamatuvar tedavisi verildi. Bir hafta süreyle tedavi alan hastanın ağrısı ve ödemi geçti. Başka bir müdahale yapılmadan 14 gün sonra lezyonun tamamen gerilediği ve lenfanjit tablosunun ve aksillar lenfadenopatinin iyileştiği tespit edildi.



Resim 1. Sağ el 2. parmak distal ve medial falanks dorsal yüzde ağrılı, eritemli, ortasında hemorajik renk değişikliğinin olduğu ülsere lezyonlar.

TARTIŞMA

Orf hastalığı etkeni olan, *Parapoxvirus* daha çok küçükbaş hayvanlardan insanlara bulaşmaktadır. Orf nodülleri, en sık, enfekte bir koyunla temas etmiş kişilerin parmaklarında veya ellerinde görülür. 3-7 günlük bir inkübasyon süresinin ardından lezyonlar, muhtemelen ilişkili veziküllerle birlikte eritemli bir papül olarak başlar ve haftalar içerisinde ilerler ve kırmızımsı maviden kahverengiye değişen sert bir nodül oluşturur. Bazı durumlarda, süpürasyon ve kabuklanma da yapabilmektedir.^[5]

Enfeksiyon genellikle klinik olarak, maruziyet geçmişi ve karakteristik bir lezyonun varlığına göre teşhis edilir.^[6] Ayırıcı tanılar arasında ise piyoderma, herpetik paronişi, sütçü nodülü, kedi tırmığı hastalığı, deri şarbonu, *Mycobacterium marinum*, sifilitik şankır, keratodakantom ve piyojenik granülom bulunur.^[7] Herpetik paronişi, piyojenik granülom, sifilitik şankır ve keratodakantomda hayvan temas öyküsü yoktur. Sütçü nodülünde bulaş kaynağı genellikle büyükbaş hayvanlardır. *Mycobacterium marinum*da ise bulaş su canlılarıyla oluşur. Deri şarbonunda ise orf lezyonundan farklı olarak lezyon bölgesinde hızla oluşan ülser, siyah nekrotik bir kurut ve etrafında oluşan yaygın ödemle karakterize görünümle karşımıza çıkarak Orf'tan ayırt edilir.^[11]

İnsan orf enfeksiyonu ile ilgili literatürün gözden geçirilmesi sonucunda ateş, lenfanjit, lenfadenopati ve ikincil bakteriyel enfeksiyon gibi bazı komplikasyonların kaydedildiği ortaya çıkmaktadır. Büllöz pemfigoid benzeri bir döküntü dahil olmak üzere papüloveziküler döküntülerle karşımıza çıkabilmektedir.^[7] Hastalık genellikle kendi kendini sınırlar ve spesifik bir tedavisi yoktur. Kendiliğinden düzelleme yaklaşık 4-6 hafta içinde gerçekleşir. Karmaşık olmayan Orf enfeksiyonlarının tedavisinde ikincil bakteriyel enfeksiyonları önlemek için lokal antiseptikle pansuman ve sistemik antibiyoterapi önerilir. Büyük komplike Orf vakaları için lokal sidofovir ve kriyoterapi, son zamanlarda kullanılmaya başlanmıştır.^[7,12,13]

SONUÇ

Ülkemizde de sık görüldüğü kabul edilen ve semptomatik tedavilerle dahi skar dokusu bırakmadan iyileşebilen orf hastalığı yanlış teşhis edildiğinde çeşitli komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Bu olgu vasıtasıyla birinci basamak sağlık kuruluşlarına, küçükbaş hayvanlarla temas sonrası oluşan cilt lezyonları nedeniyle başvuranlarda orf'un öncelikli olarak düşünülmesi gereken bir tanı olduğunu belirtmek istedik.

Çıkar Çatışması: Bu çalışmada herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Hasta Onamı: Çalışmaya dahil edilen katılımcıdan bilgilendirilmiş onam alındı.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest in this study.

Funding: No financial support has been received for this study.

Informed Consent: Informed consent was obtained from the participant included in the study.

KAYNAKLAR

- McInnes CJ, Wood AR, Thomas K, et al. Genomic characterization of a novel poxvirus contributing to the decline of the red squirrel (*Sciurus vulgaris*) in the UK. *J Gen Virol*. 2006;87(Pt 8):2115-25. <https://doi.org/10.1099/vir.0.81966-0>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human Orf virus infection from household exposures - United States, 2009-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2012;61(14):245-8.
- Karakas A, Oguzoglu TC, Coskun O, et al. First molecular characterization of a Turkish orf virus strain from a human based on a partial B2L sequence. *Arch Virol*. 2013;158(5):1105-8. <https://doi.org/10.1007/s00705-012-1575-5>
- Groves RW, Wilson-Jones E, MacDonald DM. Human orf and milkers' nodule: a clinicopathologic study. *J Am Acad Dermatol*. 1991;25(4):706-11. [https://doi.org/10.1016/0190-9622\(91\)70257-3](https://doi.org/10.1016/0190-9622(91)70257-3)
- Slattery WR, Juckett M, Agger WA, Radi CA, Mitchell T, Striker R. Milklers' nodules complicated by erythema multiforme and graft-versus-host disease after allogeneic hematopoietic stem cell transplantation for multiple myeloma. *Clin Infect Dis*. 2005;40(7):e63-6. <https://doi.org/10.1086/428619>
- Alian S, Ahangarkani F, Arabsheybani S. A Case of Orf Disease Complicated with Erythema Multiforme and Bullous Pemphigoid-Like Eruptions. *Case Rep Infect Dis*. 2015;2015:105484. <https://doi.org/10.1155/2015/105484>
- Ozturk P, Sayar H, Karakas T, Akman Y. Erythema multiforme as a result of Orf disease. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*. 2012;21(2):45-6.
- Turan E, Yurt N, Turgut Erdemir A, Gürel MS. Facial Orf. *Türk J Dermatol*. 2012;6:58-60. <https://doi.org/10.5152/tcd.2012.14>
- Bayhan G, Tanır G, Gürkan A. Bir Çocuk Olguda Orf Hastalığı. *Türkiye Çocuk Hast Derg*. 2015;9(4):271-3.
- Şahin A, Namıduru M, Karaoğlu İ. Üç Komplike Orf Olgusu. *Klimik Dergisi*. 2017;30(2). <https://doi.org/10.5152/kd.2017.22>
- Hapa A, Aksoy B. Semptomatik tedavi ile takip edilen bir orf olgusu. *Genel Tıp Derg*. 2010;20(2):69-71.
- Savell AS, Heaphy MR Jr. Two cases of human orf resembling intravascular lymphoma, angiolymphoid hyperplasia with eosinophilia, and lymphomatoid papulosis. *JAAD Case Rep*. 2020;6(12):1224-7. <https://doi.org/10.1016/j.jdcr.2020.09.011>
- Kumar R, Trivedi R, Bhatt P, et al. Contagious pustular dermatitis (orf disease)-epidemiology, diagnosis, control and public health concerns. *Adv Anim Vet Sci*. 2015;3(4):560-9. <https://doi.org/10.14737/journal.aavs/2015/3.12.649.676>